



UNIVERSITY  
OF  
JOHANNESBURG

## COPYRIGHT AND CITATION CONSIDERATIONS FOR THIS THESIS/ DISSERTATION



- Attribution — You must give appropriate credit, provide a link to the license, and indicate if changes were made. You may do so in any reasonable manner, but not in any way that suggests the licensor endorses you or your use.
- NonCommercial — You may not use the material for commercial purposes.
- ShareAlike — If you remix, transform, or build upon the material, you must distribute your contributions under the same license as the original.

### How to cite this thesis

Surname, Initial(s). (2012) Title of the thesis or dissertation. PhD. (Chemistry)/ M.Sc. (Physics)/ M.A. (Philosophy)/M.Com. (Finance) etc. [Unpublished]: [University of Johannesburg](https://ujdigispace.uj.ac.za). Retrieved from: <https://ujdigispace.uj.ac.za> (Accessed: Date).

VERPLEEGDIENSSTANDAAROE VIR PRIVAATHOSPITALE

deur

MARIE ELIZABETH MULLER

Voorgele ter vervulling van die vereistes vir die graad

DOKTOR CURATIONIS

in die vak VERPLEEGKUNDE

in die FAKULTEIT OPVOEDKUNDE

aan die RANDSE AFRIKAANSE UNIVERSITEIT

Promotor: Professor Me van Huyssteen

Medepromotor: Doktor AM Bruwer

November 1989

---

## DANKBETUIGINGS

---

Aan Hom wat my voortdurend bygestaan het, al die lof en eer.

Dank en waardering word betuig teenoor:

My promotor, professor Me van Huyssteen, vir haar ondersteuning en rigtinggewende begeleiding tydens hierdie studie.

Dr Anne-Marie Bruwer wat as medepromotor, uiters waardevolle leiding en hulp verskaf het.

Die verpleegadministrateurs en -akademici wat bereid was om soveel tyd aan die validering van die standarde af te staan.

Professor AJB Wiid, van die Statistiese Konsultasiediens van die Randse Afrikaanse Universiteit, vir die bekwame leiding met die statistiese verwerking van gegewens.

Mevv Maretha Gous en Hannetjie Pretorius vir die keurige taalversorging.

Mev Madelein Vermaak vir die grafiese voorstelling van gegewens.

Die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging vir die toekening van 'n beurs,

Die Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing vir 'n studiebeurs.

Die RAU Navorsingseenheid vir Verpleegopleiding vir finansiële steun,

## SINOPSIS

Met die uitbreiding van gesondheidsdienslewering deur die privaatsektor in Suid-Afrika, word die daarstelling van gehalteversekeringsmeganismes nie net in noodsaaklikheid nie, maar word dit as in voorvereiste vir verdere privatisering voorgehou. Die privatisering van gesondheidsdienste en ekonomiese knelpunte maak onder meer, die roluitewing en aanspreeklikheidsstruktuur van die verpleegadministrateur meer kompleks en hoër eise word voortdurend gestel.

In Profiel van die verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaathospitale is, by wyse van 'n verkennende beskrywende opname, opgestel ten einde hul professionele voorbereidheid vir die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering te bepaal. Die gevolgtrekking wat hieruit voortspruit is dat die verpleegadministrateur in Suid-Afrikaanse privaathospitale, nie toereikend vir haar bestuursverantwoordelikhede voorberei is nie maar oor genoegsame kliniese kennis (volgens die geregistreerde kliniese kwalifikasies) beskik om die nodige gehaltebeheer en -versekering in die verskeie verpleegdissiplines uit te oefen.

Nasionale verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale is vervolgens geformuleer en deur 'n verteenwoordigende nasionale groep kundiges, by wyse van in gestruktureerde tweefase-navorsingstegniek, gevalideer. Die statistiese geldigheid van die standaarde is aan die hand van in gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks vir elke standaard bereken. Veertien (5%) standaarde (N=275) is deur die totale valideringsgroep verwerp en 25 (9%) standaarde benodig herformulering. Die respondente vanuit die privaatsektor het in bykomende drie standaarde nie aanvaar nie.

Standaarde vorm die hoeksteen van die gehalteversekeringsproses. Hierdie standaarde behoort waardevolle riglyne vir die verpleegadministrateur te bied waarvolgens 'n hoë gehalte verpleegdiensbestuur in in privaathospitaal gehandhaaf kan word. Daar word aanbeveel dat hierdie standaarde as optimumstandaarde vir verpleegadministrateurs in privaathospitale moet dien.

## **SYNOPSIS**

With the current expanding privatisation of health services in South Africa, the establishing of quality assurance mechanisms is not only essential but is becoming a pre-requisite for further privatisation. Privatisation of health care services, together with economical problems, are causing the role fulfilment and accountability structure of the nurse administrator to become much more complex and greater demands are continually made.

A profile of the nurse administrator in private hospitals in South Africa, was compiled by means of an explorative descriptive study. This was done to ascertain their preparedness for the formalisation of quality assurance in nursing. The conclusion which was ultimately reached conceded that the nurse administrator in South African private hospitals, is not adequately prepared for her managerial responsibilities. She is, however, according to the registered qualifications, adequately qualified to exercise effective quality control and assurance in the various nursing disciplines.

Consequently national nursing service standards for private hospitals were formulated. These standards were validated by a representative group of national experts. The validation process consisted of a two-stage research technique. The statistical validity was calculated by means of a content validity index for each standard. Fourteen (N=275) of these standards (5%) were rejected by the whole group and 25 (9%) require reformulation. The respondents from the private sector rejected three more standards.

Standards form the basis of the quality assurance process. These standards should equip the nurse administrator with valuable guidelines to promote a high standard of nursing service management in private hospitals. It is recommended that these standards should serve as optimum standards for nurse administrators in private hospitals.

---

# INHOUDSOPGAWE

---

	Bladsy
Dankbetuigings	(i)
Sinopsis	(ii)
Synopsis	(iii)
Inhoudsopgawe	(iv)

## HOOFSTUK 1

### ORIEntASIE, PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS

1.1	ORIEntASIE TOT DIE STUDIE	1
1.2	PROBLEEMSTELLING	10
1.3	DIE DOEL VAN DIE STUDIE	12
1.4	HIPOTESE	12
1.5	<b>AANNAMES</b>	13
1.5.1	Metateoretiese aanname	13
1.5.2	Metodologiese aannames	13
1.5.3	Domein en teoreties-metodologiese aannames	13
1.5.4	Operasionele aannames	14
1.6	BELANG VAN DIE STUDIE	16
1.7	NAVORSINGSONTWERP	16
1.7.1	Benadering en metode	16
1.7.2	Afbakening van navorsingsterrein	16
1.8	UITEENSETTING VAN DIE STUDIEPLAN	16
1.9	SAMEVATTING	17

## H O O F S T U K    I I

## DIE BESTUUR VAN •N VERPLEEGDIENS IN PRIVAAT-HOSPITALE

2.1	HOOFSTUKPERSPEKTIEF	18
2.2	INLEIDING	18
2.3	HISTORIESE PERSPEKTIEF	19
2.3.1	Die ontwikkeling van privaathospitale	19
2.3.2	Die ontwikkeling van verpleegbestuur	21
2.4	BEGRIPSOMSKRYWING	23
2.4.1	Bestuur	23
2.4.2	Verpleegdiens	24
2.4.3	Verpleegadministrateur	24
2.4.4	Privaathospitaal	24
2.5	NAVORSINGSTUDIES MET BETREKKING TOT DIE BESTUUR VAN •N VERPLEEGDIENS IN 'PRIVAAT-HOSPITALE	24
2.5.1	Nasionale studies	24
2.5.2	Internasionale studies	27
2.6	DIE BESTUURSTAAK VAN DIE VERPLEEGADMINISTRATEUR IN •N PRIVAATHOSPITAAL	30
2.6.1	Beplanning	30
2.6.1.1	Algemene oorsig	30
2.6.1.2	Beplanningshierargie	33
2.6.1.3	Noodbeplanning	40
2.6.1.4	Die bestuur van verandering	42
2.6.1.5	Slotopmerkings	44
2.6.2	organisering	44
2.6.2.1	Algemene oorsLq	44
2.6.2.2	Organisasiestruktuur	45
2.6.2.3	Arbeidsverdeling	47
2.6.2.4	Delegering	48
2.6.2.5	Verpleegmodaliteit	48
2.6.2.6	Kommunikering	50
2.6.2.7	Koördinerings	51

	Bladsy
2.6.2.8 Slotopmerkings	52
2.6.3 Leidinggewing	52
2.6.3.1 Algemene oorsig	52
2.6.3.2 Leierskapbenaderings	55
2.6.3.3 Slotopmerkings	60
2.6.4 Beheer	61
2.6.4.1 Algemene oorsig	61
2.6.4.2 Die beheerproses	62
2.6.4.3 Slotopmerkings	64
2.6.5 Personeelbestuur	65
2.6.5.1 Algemene oorsig	65
2.6.5.2 Personeelvoorsiening	66
2.6.5.3 Personeelbenutting	73
2.6.5.4 Personeelbehoud	77
2.6.5.5 Personeelontwikkeling	84
2.6.6 Slotopmerkings	91
2.7 BESTUURSTYLE	91
2.7.1 Deelnemende bestuur	91
2.7.2 Gedesentraliseerde bestuur	92
2.7.3 Pro-aktiewe bestuur	93
2.7.4 Gebeurlikheids- en situasionele bestuur	94
2.8 KONSEPTUELE RAAMWERK	94
2.9 SAMEVATTING	95

## **H O O F S T U K I I I**

### **GEHALTEVERSEKERING IN PRIVAATHOSPITALE**

HOOFSUKPERSPEKTIEF	96
INLEIDING	96
3.3 HISTORIESE PERSPEKTIEF: DIE ONTWIKKELING VAN GEHALTEVERSEKERING	97



	Bladsy
<b>3.4</b>	<b>BEGRIPSOMSKRYWING</b> 105 ✓
3.4.1	Gehalte 105
3.4.2	Gehalteversekering 107
<b>3.5</b>	<b>NAVORSINGSTUDIES MET BETREKKING TOT GEHALTEVERSEKERING IN PRIVAATHOSPITALE</b>
<b>3.6</b>	<b>GEHALTEVERSEKERINGSMODELLE</b> 112
3.6.1	Inleiding 112
3.6.2	Stelselmodel 112
3.6.3	WGO-gehalteversekeringsmodel 115
3.6.4	Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) se gehalteverseke- ringsmodel 116
3.6.5	Verpleegkundige gehalteversekerings- modelle 119
3.6.5.1	Inleiding 119
3.6.5.2	Die model van Norma Lang 119
3.6.5.3	Die model van Laing & Nish 120
3.6.5.4	Die Britse model 121
<b>3.7</b>	<b>DIE DOELSTELLINGS VAN GEHALTEVERSEKERING</b> 125
3.7.1	Inleiding 125
3.7.2	Motiewe 125
3.7.3	Doelstellings 127
<b>3.8</b>	<b>DIE BEGINSELS VAN GEHALTEVERSEKERING</b> 127
3.8.1	WGO-perspektief 127
3.8.2	Die perspektief van die Joint Commission on Accreditation of Hospitals 131
<b>3.9</b>	<b>DIE PROSES VAN GEHALTEVERSEKERING</b> 133
3.9.1	Standaarde as hoeksteen vir gehalte- versekering 133
3.9.1.1	Begripsomskrywing 133
3.9.1.2	Tipe standaarde 135
3.9.1.3	Die doel en betekenis van standaarde 137
3.9.1.4	Die vereistes waaraan standaarde en kriteria moet voldoen 138
3.9.1.5	Die proses van standaardformulering 138
3.9.1.6	Slotopmerkings 147
3.9.2	Werkverrigtingsevaluering 148
3.9.2.1	Inleiding 148

		Bladsy
3.9.2.2	Metodes van evaluering	149
3.9.3	Remediering	153
3.10	DIE ONTWERP EN OPERASIONALISERING VAN IN VERPLEEGKUNDIGE GEHALTEVERSEKE- RINGSPROGRAM IN IN HOSPITAAL	154
3.10.1	Inleiding	154
3.10.2	Ontwikkelingsfase	155
3.10.3	Moniterings- en evalueringsfase	163
3.10.4	Evaluering van die gehalteversekerings- program	171
3.11	KONSEPTUELE RAAMWERK	171
3.12	SAMEVATTING	172

#### H O O F S T U K IV

#### IN PROFIEL VAN VERPLEEGADMINISTRATEURS IN PRIVAATHOSPITALE

4.1	HOOFSTUKPERSPEKTIEF	174
4.2	INLEIDING	174
4.3	DOELSTELLING	175
4.4	POPULASIE EN STEEKPROEFNEMING	176
4.4.1	Teikenpopulasie	176
4.4.2	Steekproefneming	177
4.5	NAVORSINGSBENADERING EN -TEGNOLOGIE	177
4.5.1	Benadering en metode	177
4.5.2	Navorsingstegniek	178
4.5.3	Data-ontledingsplan	180
4.6	ETIESE OORWEGINGS	180
4.1	RESULTATE	181
4.7.1	Inleiding	181
4.7.2	Realisasie	181
4.7.3	Persoonlike inligting	181

		Bladsy
4.7.4	Opvoedkundige inligting	187
4.7.5	Indiensnemingsinligting	198
4.7.6	Professionele inligting	203
4.8	SAMEVATTING	216

## **HOOFSTUK V**

### **VERPLEEGDIENSSTANDAARDE VIR PRIVAATHOSPITALE**

5.1	HOOFSTUKPERSPEKTIEF	218
5.2	INLEIDING	218
5.3	DOELSTELLING	218
5.4	POPULASIE EN STEEKPROEFNEMING	219
5.4.1	Teikenpopulasie	219
5.4.2	Steekproefneming	220
5.5	NAVORSINGSONTWERP EN -TEGNOLOGIE	223
5.5.1	Benadering en metode	223
5.5.2	Navorsingstegniek	223
5.5.3	Geldigheid van die standaarde	227
5.5.4	Betroubaarheid	229
5.5.5	Data-ontledingsplan	230
5.6	ETIESE OORWEGINGS	230
5.7	RESULTATE	231
5.7.1	Steekproefbeskrywing: ontwikkelingsfase	231
5.7.2	Resultate: ontwikkelingsfase	238
5.7.3	Steekproefbeskrywing: kwantifiseringsfase	238
5.7.4	Valideringsresultate: kwantifiseringsfase	250
5.7.4.1	Verpleegdiensstandaard 1: Georganiseerde verpleegdiens	251
5.7.4.2	Verpleegdiensstandaard 2: Filosofie	254
5.7.4.3	Verpleegdiensstandaard 3: Doelstellings en doelwitte	256
5.7.4.4	Verpleegdiensstandaard 4: Beleid	258

		Bladsy
5.7.4.5	Verpleegdiensstandaard 5: Bepaling van werkladingindeks	260
5.7.4.6	Verpleegdiensstandaard 6: Verpleegpersoneel	262
5.7.4.7	Verpleegdiensstandaard 7: Wetenskaplike metode van verpleging	281
5.7.4.8	Verpleegdiensstandaard 8: Rarnpplan	284
5.7.4.9	Verpleegdiensstandaard 9: Gehalte-versekeringsprogramrne	286
5.8	FAKTORE WAT DIE RESULTATE BETEKENISVOL BEINVLOED BET	290
5.9	SAMEVATTING	296

## H O O F S T U K VI

### **SAMEVATTENDE BEVINDINGE, GEVOLGTREKKINGS EN AANBEVELINGS**

6.1	HOOFSTUKPERSPEKTIEF	298
6.2	OORSIG	298
6.3	BEPERKINGE VAN DIE STUDIE	300
6.3.1	Profiel van verpleegadmnistrateurs	300
6.3.2	Verpleegdiensstandaarde	300
6.4	SAMEVATTENDE BEVINDINGE	301
6.4.1	Profiel van verpleegadmnistrateurs in privaathospitale	301
6.4.2	Verpleegdiensstandaarde	305
6.4.2.1	Domeinkundigheid van steekproefpersone	305
6.4.2.2	verteenwoordiging van steekproefpersone	306
6.4.2.3	Verpleegdiensstandaarde	307
6.5	GEVOLGTREKKINGS	312
6.5.1	Profiel van verpleegadministrateurs in privaathospitale	312
6.5.2	Verpleegdiensstandaarde vir privaat-hospitale	313
6.5.2.1	Standaarde verwerp	314

	Bladsy
6.5.2.2 Standaarde deur slegs die privaatsektor verwerp	316
6.5.2.3 Standaarde deur slegs die openbare sektor verwerp	316
6.5.2.4 Standaarde wat herformulering benodig	317
<b>6.6 AANBEVELINGS</b>	319
<b>6.7 SAMEVATTING</b>	322
<b>BIBLIOGRAFIE</b>	323

"

	LYS VAN FIGURE	Bladsy
	Skematiese voorstelling van die gehalte-versekeringsproses	9
	Skematiese voorstelling van die bestuursproses	23
2.2	Skematiese voorstelling van beplanning as bestuurstaak	32
2.3	Skematiese voorstelling van die beplanningshierargie	33
2.4	In Tipologie van leierskapbenaderings	56
2.5	Skematiese voorstelling van Hersey en Blanchard se situasionele leierskapmodel	59
2.6	Skematiese voorstelling van beheer	63
2.7	Skematiese voorstelling van pro-aktiewe bestuur	93
3.1	Skematiese voorstelling van die JCAH se nuwe era gehalteversekeringsbenadering	100
3.2	Skematiese voorstelling van die verskil tussen die ou en nuwe era, bekend as "Little q" en "Big Q"-benadering	101
3.3	Skematiese voorstelling van stelselmodel	113
3.4	Skematiese voorstelling van gesondheidsdienste as In stelsel	114
3.5	Skematiese voorstelling van die WGO se driedimensionele matriksmodel	116
3.6	Skematiese voorstelling van die JCAH se pilaarmodel	117
3.7	Skematiese voorstelling van Lang se gehalteversekeringsmodel	120
		(xii)

		Bladsy
3.8	Skematiese voorstelling van Laing & Nish se gehalteversekeringsmodel	121
3.9	Skematiese voorstelling van die Britse gehalteversekeringsmodel	122
3.10	Skematiese voorstelling van Bruwer se gehalteversekeringsmodel	124 x
3.11	Diagrammatiese voorstelling van In kriteriakaart	144 x
3.12	Skematiese voorstelling van die skakel tussen gehalteversekering en die organisasie se begrotingsplan	160
3.13	Skematiese voorstelling van Mayers et al. se evalueringsmodel	165
3.14	Skematiese voorstelling van die JCAH se moniterings- en evalueringsmodel	166
4.1	Verspreiding van respondente se huwelik-status	183
4.2	Ouderdomsverspreiding van respondente	184
4.3	Verspreiding van respondente volgens bevolkingsgroep	185
4.4	Verspreiding van respondente se getal afhanklikes	186
4.5	verspreiding van respondente se huistaal	187
4.6	Verspreiding van respondente se basiese verpleegopleidingsprogram	188
4.7	Verspreiding van respondente se professionele kwalifikasie	194 ✓

4.8	Verspreiding van respondente se hoogste professionele verpleegkundige kwalifikasies	196
4.9	Verspreiding van redes aangevoer waarom respondente nie tans met formele studie besig is nie	198
4.10	Verspreiding van respondente volgens provinsie van indiensneming	199
4.11	Verspreiding van poste deur respondente bekle	200
4.12	Verspreiding van hospitaalgtootte deur respondente verteenwoordig	201
4.13	Verspreiding van verpleegdisiplines in die hospitale "	202
4.14	Verspreiding van jare kliniese ervaring van respondente voor aanstelling in In bestuurspos	204
4.15	Verspreiding van kliniese ervaring (ten minste ses maande) voor aanstelling in bestuurspos	206
4.16	Verspreiding van tydperk van huidige pos-bekleding deur respondente	207
4.17	Verspreiding van redes wat respondente se besluit beïnvloed het om In bestuurspos in die privaatsektor te aanvaar	209
4.18	Verspreiding van graad van werksbevreiding deur respondente ervaar	210
4.19	verspreiding van gevoel van voorbereidheid vir huidige pos	211
4.20	Verspreiding van opvoedkundige behoeftes deur meer as 70% respondente aangedui	213



		Bladsy
4.21	Verspreiding van opvoedkundige behoeftes deur 50-69% respondente aangedui	214
4.22	Verspreiding van opvoedkundige behoeftes deur minder as 50% respondente aangedui	216
5.1	Provinsiale verspreiding van steekproefpersone: ontwikkelingsfase	232
5.2	Verspreiding van steekproefpersone volgens grootte van hospitale: ontwikkelingsfase	233
5.3	Verspreiding van steekproefpersone se professionele kwalifikasies: ontwikkelingsfase	235
5.4	Verspreiding van steekproefpersone se akademiese kwalifikasies: ontwikkelingsfase	236
5.5	Verspreiding van steekproefpersone se jare ervaring as verpleegadministrateur: ontwikkelingsfase	237
5.6	Verspreiding van voorbereidingstyd deur steekproefpersone: ontwikkelingsfase	238
5.7	Verspreiding van respondente volgens pos bekleed: kwantifiseringsfase	239
5.8	Verspreiding van indiensnemingsektor deur respondente verteenwoordig: kwantifiseringsfase	240
5.9	Verspreiding van respondente volgens provinsie van indiensneming: kwantifiseringsfase	240
5.10	Verspreiding van respondente volgens grootte van hospitaal: kwantifiseringsfase	242
5.11	Verspreiding van respondente se professionele kwalifikasies: kwantifiseringsfase	244

		Bladsy
5.12	Verspreiding van respondente se akademiese kwalifikasies: kwantifiseringsfase	246
5.13	Verspreiding van respondente se jare bestuurservaring: kwantifiseringsfase	247
5.14	Verspreiding van valideringstyd deur respondente bestee: kwantifiseringsfase	249
5.15	Verspreiding van valideringsresultate soos deur die respondente se pos beïnvloed	292
5.16	Verspreiding van valideringsresultate soos deur die respondente se indiensnemingsektor beïnvloed	293
5.17	Verspreiding van valideringsresultate soos deur die respondente se provinsie van indiensneming beïnvloed	294
5.18	Verspreiding van valideringsresultate soos deur hospitaalgrootte beïnvloed	296

4.1	Provinsiale verspreiding van privaat-hospitale in suid-Afrika volgens grootte in beddetal	177
5.1	Beskrywing en verspreiding van steekproefpersone: validering van standarde (kwantifiseringsfase)	223
5.2	Provinsiale verspreiding van respondente volgens indiensnemingsektor: kwantifiseringsfase	241
5.3	Verspreiding van respondente volgens hospitaalgrootte en indiensnemingsektor: kwantifiseringsfase	243
5.4	Verspreiding van respondente se professionele kwalifikasies volgens indiensnemingsektor: kwantifiseringsfase	245
5.5	Verspreiding van respondente se akademiese kwalifikasies volgens indiensnemingsektor: kwantifiseringsfase	246
5.6	Verspreiding van respondente se jare bestuurservaring volgens indiensnemingsektor: kwantifiseringsfase	248
5.7	Verspreiding van valideringstyd deur respondente bestee: kwantifiseringsfase	249
5.8	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 1: georganiseerde verpleegdiens	254
5.9	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 2: filosofie	256
5.10	verspreiding van valideringsresultate, standaard 3: doelstellings en doelwitte	258
5.11	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 4: beleid	260
		(xvii)

5.12	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 5: bepaling van werklading- indeks	262
5.13	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.1: personeelvoorsiening	265
5.14	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.2: personeelbenutting	269
5.15	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.3: personeelbehoud	271
5.16	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.3: personeelbehoud (vervolg)	274
5.17	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.4: personeelontwikkeling	277
5.18	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.4: personeelontwikkeling (vervolg)	279
5.19	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.5: personeelrekords- en -statistieke	280
5.20	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.6: personeelidentifikasie	281
5.21	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 7: wetenskaplike metode van verpleging	284
5.22	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 8: rampplan	285
5.23	Verspreiding van valideringsresultate, standaard 9: gehalteversekeringsprogramme	289
5.24	Verspreiding van die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks volgens die kate- gorie standaarde	290

BYLAE	EEN	Data-insamelingsinstrument: In Profiel van verpleegadministrateurs in privaat-hospitale (Afrikaans)	343
BYLAE	TWEE	Data-insamelingsinstrument: In Profiel van verpleegadministrateurs in privaat-hospitale (Engels)	351
BYLAE	DRIE	Portuurgroepbesprekings (ontwikkelings-fase) Johannesburg	359
BYLAE	VIER	portuurgroepbesprekings (ontwikkelings-fase) Kaapstad	363
BYLAE	VYF	Domeinkundigheidsvraelys (ontwikkelings-fase) Afrikaans	367
BYLAE	SES	Domeinkundigheidsvraelys (ontwikkelings-fase) Engels	369
BYLAE	SEWE	Verpleegdiensstandaarde vir privaat-hospitale (Afrikaans)	371
BYLAE	AGT	Verpleegdiensstandaarde vir privaat-hospitale (Engels)	426
BYLAE	NEGE	Provinsiale toestemming: Kaap-provinsie	480
BYLAE	TIEN	Provinsiale toestemming: Natal	481
BYLAE	ELF	Provinsiale toestemming: Oranje-Vrystaat	483
BYLAE	TWAALF	Provinsiale toestemming: Transvaal	484

# HOOFSTUK 1

---

## ORIENTASIE, PROBLEEMSTELLING EN DOELSTELLINGS

---

### 1.1 ORIENTASIE TOT DIE STUDIE

Die Suid-Afrikaanse verplegingsprofessie het reeds in 1891 die verantwoordelikheid om voortreflike dienslewering op 'n geordende wyse na te streef, aanvaar met die instelling van staatsregistrasie vir verpleegkundiges en vroedvroue. In 1944 het die Suid-Afrikaanse parlement deur die promulgering van 'n Wet op Verpleging die verantwoordelikheid vir die beheer oor beroepsake aan die verplegingsprofessie oorgedra. vir enige professie is die lewering van 'n hoë gehalte diens van kardinale belang. Bruwer (1988: 167) stel dit soos volg: "The striving for excellence in the rendering of services forms an integral part of the professional development process and is the cornerstone of the relationship of trust between a profession and the community."

Die Suid-Afrikaanse verpleegadministrateur is aanspreeklik vir die gehalte verpleging wat in die gesondheidsdiens gelewer word. Aanspreeklikheid impliseer dat die mens vir sy handeling rekenskap moet kan gee asook die gewilligheid om volgens die verwagte werkverrigtingstandaarde beoordeel te word; gewilligheid om met die resultate van jou handeling saam te leef en om in staat te wees om te bepaal of die resultate suksesvol was en of dit enige veranderinge in gedrag noodsaak (Douglass, 1984: 256). In verpleging word hierdie rekenskap volgens Searle (1987: 319) op vyf vlakke vereis, te wete die verpleegkundige se eie gewete, die pasiënt, die werkgewer, die hof as dit nodig is, en teenoor die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. Bergman (1982b: 8) som dit soos volg op:

- om verantwoordelikheid vir jou eie handeling te dra;
- om in staat te wees om jou handeling te verduidelik;
- om die resultate van die besluitneming te definieer of te meet.

Gehalteversekering in gesondheidsorg impliseer In waarborg van In hoë gehalte, toepaslike gesondheidsorg, of soos Sanazaro (1986: 27) dit stel: "Assurance is defined as maintaining and formally accounting for the quality and appropriateness of care." Gehalteversekering is die formele meganisme waarvolgens die gehalte van dienslewering bepaal, geëvalueer en reggestel word. Gehalteversekering is dus In proses waardeur In spesifieke graad van bevoegdheid of voor-treflikheid verseker word. Dit is In proses waardeur stan-daarde vir praktykvoering gestel word, praktykvoering volgens die gestelde standarde beoordeel word en die nodige remediërende stappe geneem word ten einde die praktyk te verbeter (Douglass, 1984: 194-196).

Die verpleegkundige speel In belangrike rol in die lewering van In hoë gehalte gesondheidsdiens in enige gesondheids-instelling. Koska (1989: 32) bevestig hierdie mening in In internasionale studie: "A hospital's nursing staff is the most significant contributor to the quality of care a hospital provides." Die verpleegadministrateur se aanspreeklikheid ten opsigte van gehalteversekering in verpleging gaan ook toenemend in Suid-Afrika In belangriker rol speel.

Verpleging is In gevestigde subsisteem in die gesondheidsdiens. Nie net het dit in omvang en diepte toegeneem nie, maar die interaksie daarvan met ander sUbsisteme in die gesondheidsdiens het ook ten opsigte van sowel omvang as intensiteit toegeneem. Te midde hiervan het die Suid-Afrikaanse verpleegadministrateur In geweldige klemverskuiwing in roluitewing ervaar. Robertson (1984: 438-440) bevestig hierdie klemverskuiwing in roluitewing in In studie oor die verpleegadministrateur waarin sy In kritiese ontleding van die rol en verantwoordelikhede van die verpleegadministrateur vanuit In perspektief op die verlede, hede en toekoms gemaak het.

Cilliers (1986: 127-131) bevestig ook die klemverskuiwing in die verpleegadministrateur se roluitewing en huldig die mening dat die sukses van die verpleegadministrateur in die rol van professionele leier grootliks deur haar/sy bestuurstyl bepaal gaan word. Die verpleegadministrateur vervul die moeilike rol van tussenganger waar nóg aan die verwagtinge van bestuur nóg aan dié van die ondergeskikte voldoen word (Cilliers, 1986: 130).

Daar is egter verskeie faktore wat hierdie klemverskuiwing in roluitlewering beïnvloed. "n Werkskomitee van die Subkomitee op Verpleging identifiseer in "n studie oor die faktore wat rolveranderinge van die verpleegadministrateur op die verskillende vlakke van dienslewering teweegbring, tien faktore wat hierdie roluitlewering van die verpleegadministrateur beïnvloed.

Hierdie faktore is onder meer besluitneming deur die verpleegadministrateur in die gesondheidsdiens, beplanning, kostebesparingbeheer, die politisering van gesondheidsdienste, privatisering van gesondheidsdienste, die Nasionale Gesondheidsplan, spesialisasie in gesondheidsdienste, verwagtinge van pasiënte, veranderende personeelsamestelling en mobiliteit, asook verpleegopleiding (Werkskomiteeverslag, 1989).

Die aanspreeklikheidsstruktuur van die verpleegadministrateur raak dus meer kompleks van aard. Verpleging kan nie geïsoleer van ander sub sisteme in die gesondheidsdiens geëvalueer word nie en ook nie van die sosio-ekonomiese en politiese sub sisteme van die gemeenskap waarin dit funksioneer nie.

Die skerp styging in gesondheidskoste vir die verbruiker, groter verwagtinge van die publiek betreffende gesondheidsorg, hul groeiende ontevredenheid met die gesondheidsdienste en die toename van wanpraktykeise teen professionele gesondheidspraktisyne, het hospitale in Amerika genoodsaak om gehalteversekering te formaliseer op "n basis wat baie duur geword het.

Gesondheidsdienslewering in Suid-Afrika is "n komplekse entiteit. Suid-Afrika is tans in "n fase van snelle politieke en sosiale verandering. Dit, gepaard met "n hoë bevolkingsgroei en "n skaarste aan hulpbronne (veral fondse en mannekrag), vereis "n hersiening van die huidige gesondheidsleweringstelsels. Cowan, Raddall & Abbott (1988: 68) som dit soos volg op: "In South Africa a very important consideration in the provision of health care is the development, implementation and continuous review of an effective national strategic plan for health care, which is directly related to the health budget."



Die nuwe Grondwet van die Republiek van Suid-Afrika het gesondheidsdienste as 'n Eie Saak getdentifiseer. Dit het tot 'n herorganisering van gesondheidsdienste gelei, en derhalwe ook 'n ondersoek na die finansiering van gesondheidsdienste. Nie alleen is die 10pende finansiële uitgawes van gesondheidsdienste onder die soeklig geplaas nie, maar ook die kapitaaluitgawes (Cowan et al., 1988: 68-70).

Die verhouding tussen koste en die gehalte van dienslewering is 'n onderwerp wat tans in beide die internasionale en nasionale Literatuur aandag geniet. Konflik tussen kostebesnoeiing en gehalteverbetering word bespeur. Rice (1989: 1) stel dit soos volg: "The shift toward providing quality patient care within available resources has been a rather sudden one and is perceived by many as threatening to one's sense of professional integrity."

staatsbesteding aan gesondheidsdienste in Suid-Afrika toon 'n toename vanaf 5,4% van die Bruto Nasionale Produk in 1984/5, tot 7,5% van die totale Bruto Nasionale Produk in 1986/7 en 'n totale styging van 36% in gesondheidsdiensbesteding in 1987 (Vann, 1987: 26).

Die Minister van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling het reeds telkemale sy kommer oor stygende koste in die lewering van gesondheidsdienste deur die staat uitgespreek. Hierdie stygende koste, die huidige inflasiekoers, die verhoogde eise vir kwantiteit en gehalte gesondheidsorg, asook sosiale en ekonomiese onstabiliteit in Suid-Afrika, noodsaak die regering " ... to turn to the private sector to share the burden" (Van Niekerk, 1986: 8-9). Hierdie besluit vind in die nuwe Grondwet neerslag.

'n Belangrike implikasie en riglyn wat in die nuwe Grondwet na vore kom, is dat private inisiatief en effektiewe mededinging bevorder moet word, ook wat gesondheidsfunksies betref (Roux, 1984: 17). In die finale verslag deur Syncom, wat onderneem is om die aard van die Suid-Afrikaanse gesondheidskrisis te evalueer, beklemtoon Spier (1982) verskeie kernaspekte wat die toekomstige gesondheidsdienslewering in die land sal affekteer. By beklemtoon onder meer dat die privaatsektor 'n belangrike rol sal moet speel.

Uitsprake deur politici en ekonome beklemtoon dus die noodsaaklikheid van 'n groter betrokkenheid van die privaatsektor by die lewering van gesondheidsdienste oor 'n wye front in Suid-Afrika (Roux, 1984; Snyckers, 1986; Spier, 1982).

Met die uitreiking van die Witskrif oor Privatisering en Deregulering in die Republiek van Suid-Afrika het die regering 'n beleid ten gunste van privatisering uitgespreek, met dien verstande dat daar geldige kriteria vir die privatisering van dienste bestaan (Suid-Afrika, 1987).

Die debat handel dus tans oor geprivatiseerde of genasionaliseerde gesondheidsorg - watter kant toe in Suid-Afrika? Die privatisering van gesondheidsdienste word tans deeglik ondersoek (Spier, 1987: 5-6). In die Kommissie vir Administrasie se jaarverslag blyk dit dat die Departement Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling een van die departemente is wat deur privatisering geraak gaan word (Basson, 1987: 4).

In aansluiting by hierdie debat is Simpson (1987: 87) ook van mening dat privatisering van gesondheidsdienste die enigste oplossing is. Afgesien van die hoë inflasiekoers, die wisselkoers en verhoogde bevolkingsgroei wat 'n hoër eis aan die lewering van gesondheidsdienste stel, is daar 'n toename in die aansluiting by mediese fondse deur alle bevolkingsgroepe: "An increasing proportion of the population, of all race's, are enrolling in Medical Aid schemes and more able to seek clinical care" (Simpson, 1987: 87). Dit wil dus voorkom asof private inisiatief verder gestimuleer gaan word.

Die privaatsektor ervaar egter ook finansiële probleme. Finansiële uitgawes verbonde aan gesondheidsdienslewering deur die privaatsektor styg daaglik. Williamson (1987b: 15) bevestig hierdie probleem: " --- I am convinced that the success or failure of a health-care system in South Africa will revolve around the reimbursement procedures. These need to be fair to both parties. I believe tariffs will have to rise substantially over the next few years or the investment growth will not be there and the quality of service will deteriorate. Hospitals are the focal point of all curative health care activities and the future of private hospitals will depend to a large extent on the

availability of money."

Hierdie hoë kostes vereis dus optimale benutting van alle hulpbronne ten einde koste-effektiwiteit te verseker.

Volgens Welz" (1985a: 10) is suid-Afrika se hospitaal- en gesondheidsdienste "n fiasko. "Die hele bediëf is deurtrek met swak beplanning, wanbestuur, geldvermorsing en besluite-loosheid. Dit, tesame met die onnodige duplisering en onderbenutting van dienste, kos Suid-Afrikaners jaarliks honderde miljoene rande." Hierdie tipe probleme sal waarskynlik aanleiding gee tot 'n toename in die privatisering van gesondheidsdienste in Suid-Afrika.

Dit wil dus voorkom asof finansies en gehalteversekering die groot probleme in die lewering van gesondheidsdienste in suid-Afrika is. Snyckers (1986: 25) bevestig hierdie probleme en is van mening dat die gesondheidsdiensstelsel in Suid-Afrika, as gevolg van die snel toenemende behoeftes en eise, in krisis in die gesig staar, veral ten opsigte van finansiering en die formalisering van gehalteversekering. staatsbesteding aan gesondheidsdienste word krities beïnvloed deur die "huidige bevolkingsgroei, verstedeliking en sosio-politieke faktore (Spier, 1987: 5).

Gehalteversekering vorm die basis waarop enige onderneming se voortbestaan berus. Gehalte of kwaliteit word deur Sanazaro (1986: 27) gedefinieer as "adherence to standards and criteria that are based on current knowledge and sound experience." Versekering impliseer in waarborg van waarde, bevoegdheid en voortreflike dienslewering.

Gehalteversekering in gesondheidsdienste in die Verenigde state van Amerika toon vier eras van ontwikkeling, te wete inspeksie, statistiese gehaltebeheer, gehalteversekering en strategiese gehaltebestuur. Die nuutste fokus is dus op strategiese gehaltebestuur wat as 'n belangrike faktor in die wins van die diens gereken word: "This emphasis on strategic quality management recognizes quality as a correlate of profitability" (Beyers, 1988: 619).

Met die uitbreiding van gesondheidsdienslewering deur die privaatsektor in Suid-Afrika word, die daarstelling van gehalteversekeringsmeganismes 'n noodsaaklikheid. 'n Voorlopige wetsontwerp om voorsiening te maak vir die instelling

van 'n Raad vir Privaathospitale en vir aangeleenthede wat daarmee in verband staan, is reeds op "8 Julie gepubliseer (Suid-Afrika, 1988: 12-16). Hierdie wetsontwerp maak voorsiening vir werksaamhede en pligte van die raad, om onder meer " ... die gehalte van dienslewering en die toepassing van standaarde in privaathospitale te verseker" (Suid-Afrika, 1988: 14). Hierdie wetsontwerp impliseer dat 'n akkrediteringstelsel vir privaathospitale in die toekoms in die vooruitsig gestel kan word.

Snyckers (1986: 25) kom tot die gevolgtrekking dat gehalteversekering in private gesondheidsdienste van kardinale belang is: "The establishment and maintenance of suitable, cost effective standards of health care services and facilities will have to receive very careful consideration. In this connection particular attention should be paid to standards of health care processes, as well as guarding against establishing minimum standards beyond the capability of the South African economy."

Die gehalte van dienslewering in privaathospitale is die afgelope paar jaar bevraagteken. 'n Privaathospitaal is 'n gesondheidsdiensinstelling wat deur 'n private instansie met 'n winsmotief bedryf word. Privaathospitale "is dus op wins ingestel: "'By private ondernemings gaan dit in die eerste plek om wins, nie noodwendig om gesondheid nie. Wijsbejag sorg wel dat doeltreffender te werk gegaan" word, maar private ondernemings is nie die doeltreffendste gesondheidsdiens nie, maar die winsgewendste gesondheidsdiens" (Welz, 1985c: 15). Die gevolg hiervan is dus "... hoe méér operasies uitgevoer word, hoe méér pille gesluk word, hoe méér mense siek word, des te beter" (Welz, 1985c: 15). Die privaatsektor erken voorts: "Ons soek 'n vinnige omset in hoetarief-prosedures: operasies en mense met akute, korttermyn-siektes wat vinnig baie medisyne gaan gebruik - en daarvoor kan betaal. Ons vertroetel 'n chirurg soos 'n baba". (Welz, 1985c: 15).

Die privaathospitaal se bemarkingsmotief is tans, by 'n gebrek aan 'n formele gehalteversekeringstelsel, gegrond op die winsverhouding met die geneesheer. " ... we don't actively market our product but really rely on our reputation for quality and service. On the other hand, we really consider our doctors and not our patients to be our primary clients" (Harmsworth, 1987: 8).

Hierdie siening bemoeilik die roluitewing van In verpleeg-administrateur in In privaathospitaal, veral met betrekking tot gehalteversekering.

Dit lyk dus asof gehalteversekering as In voorvereiste vir die verdere privatisering van gesondheidsdienste nodig is. Dit impliseer dat daar tans In dringende behoefte aan die daarstelling/formulering van minimum standarde vir gesondheidsdienste is waarvolgens gehaltebeheer verseker kan word. Hierdie standarde moet deur gesamentlike beraadslaging deur beide die openbare en privaatsektor geformuleer en aanvaar word, met insette vanuit alle gesondheidsprofessies (Snyckers, 1986: 22). Die openbare sektor vervul In belangrike gehaltebeheerfunksie betreffende die privaat-hospitale wat derhalwe die noue skakeling tussen die betrokke privaathospitale en openbare sektor vereis.

Die privaatsektor gaan in die toekoms In groter rol in gesondheidsdienslewering speel. Aangesien daar in die vooruitsig gestel word dat die welvarender ses rniljoen van Suid-Afrika se bevolking op die privaatsektor aangewese sal wees vir al hul mediese dienste (Welz, 1985b: 15), is die formalisering van gehalteversekering in privaathospitale In noodsaaklikheid.

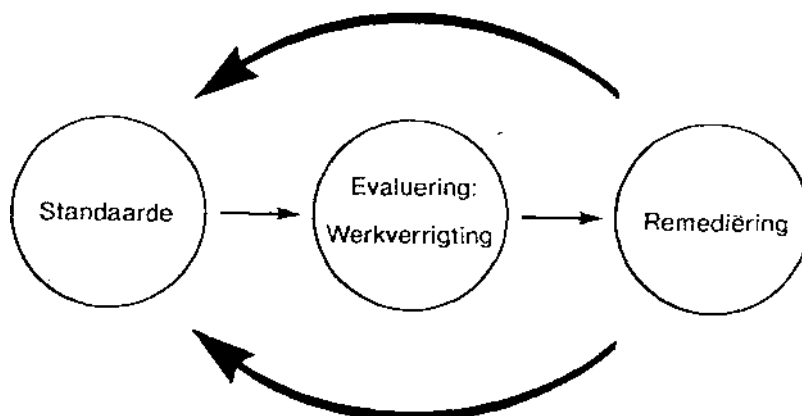
Die Browne-kommissie (suid-Afrika, 1986) van ondersoek na gesondheidsake beveel in hierdie verband aan dat In stelsel van akkreditering ingestel moet word en dat etiese kodereels vir privaathospitale opgestel word. Die Regering steun dan ook die instelling van In stelsel van akkreditering vir privaathospitale en beveel aan dat etiese kodereels deur die bedryf opgestel word as norm vir die bedryf (Suid-Afrika, 1986: 40).

Dick Williamson, voorsitter van die Nasionale Vereniging van privaathospitale, erken die behoefte aan gehalteversekeringsstandarde: "we would be more interested in setting qualitative standards of service" (Williamson, 1987a: 6). Die verpleegadministrateur in privaathospitale se aanspreeklikheid betreffende die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering blyk dus onafwendbaar te weese

Daar is verskeie gehalteversekeringsmodelle op internasionale vlak vir die verpleegpraktyk ontwerp. In haar navorsing beveel Bruwer (1986) die Langmodel (vergelyk figuur 3.7) vir gebruik in Suid-Afrika aan. Aangesien gehalteversekering in die Suid-Afrikaanse verpleegdienste nog nie geformaliseer is nie, pas Bruwer (1986: 263) hierdie model aan en ontwerp 'n gehalteversekeringsontwikkelings- en prosesmodel wat eensyds uit 'n ontwikkelingsfase en andersyds uit 'n gehalteversekeringsprosesfase bestaan (vergelyk figuur 3.10) om op hierdie wyse verpleegkundige gehalteversekering in Suid-Afrika meer realisties te benader.

Gehalteversekering is voorts ook 'n sistematiese en deurlopende proses, gebaseer op die stelselmodel van insette, deurvoer en uitset of resultaat, asook deurlopende en doelgerigte terugvoer (Gillies, 1982: 61-62). Snyckers (1986: 22) propageer ook hierdie model vir gehalteversekering in gesondheidsdienslewering. "Quality assurance should be viewed as an ongoing process where continued efforts to improve on standards of care achieved, **require a clear and consistent approach at a national level**" (Snyckers, 1986: 22). Die proses van gehalteversekering word in figuur 1.1 voorgestel. Dit is 'n proses van standaardformulering, opgevolg deur die evaluering van werkverrigting en die neem van remediërende maatreels om die praktyk te verbeter. Hierdie stappe volg sistematies op mekaar en toon 'n hoë graad van interafhanklikheid.

Figuur 1.1 Skematiese voorstelling van die gehalteversekeringsproses



Die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering in privaathospitale het dus 'n noodsaaklikheid geword. "The world can no longer afford to simply rely on a 'sense' of quality. Quality must be defined in clearly measurable and consistent terms. And, there must be some means of ensuring quality within the resources available" (Rice, 1989: 1). Die gehalteversekeringsproses het reeds in talle oorsese lande 'n maatstaf geword wat die verpleegkundige juis kan help om die aanslae die hoof te bied en die uitdagings van ontwikkeling te hanteer (Bruwer, 1986: 264).

In die formalisering van gehalteversekering in verpleegdienste is die daarstelling van standaarde 'n belangrike vertrekpunt: "Building quality into the service is based on the standards for a quality service" (Beyers, 1988: 620).

## 1.2 PROBLEEMSTELLING

Die gehalte van dienslewering in privaathospitale word telkens onder die soeklig geplaas. Waar verpleegadministrateurs aanspreeklik is vir die lewering van 'n hoë gehalte verpleging in die gesondheidsdiensinstelling, vind hulle hulself in toenemende mate in 'n posisie waar hulle tot verantwoording geroep word om hierdie gehalte van dienslewering te verdedig. Hierdie aanspreeklikheid regverdig die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering in gesondheidsdienste.

Alhoewel die Subkomitee op Verpleging (Adviserende Komitee van Gesondheidsake) minimum standaarde opgestel het, is hierdie standaarde nie aan die verpleegadministrateurs in privaathospitale bekend nie. Gepaardgaande riglyne en kriteria is ook nie opgestel waarvolgens die verpleegadministrateur hierdie standaarde kan implementeer nie. Die afwesigheid van riglyne waarvolgens gehalteversekerings-programme ontwerp en geoperasionaliseer kan word, bemoeilik dus die aanspreeklikheidsdimensie van die verpleegadministrateurs in privaathospitale.

Navorsing in die openbare sektor toon groot leemtes in die evaluering van verpleegdienste. Robertson (1984: 437) bevind in 'n ondersoek na die rol en verantwoordelikhede van die verpleegadministrateur in provinsiale hospitale, dat die evaluering van dienste nie na wense plaasvind nie: "She is concerned about patient care but does not evaluate her

services scientifically "

In In ondersoek na gehalteversekering in verplegingsdienste in die Suid-Afrikaanse staatsdiens, kom Bruwer (1986: 241-252) tot die gevolgtrekking dat gehalteversekering ook in die openbare sektor nie na wense uitgevoer word nie. Geen nasionale studies is oor die verpleegadministrateur in privaathospitale uitgevoer nie.

Die taak en verantwoordelikhede van die verpleegadministrateur het baie kompleks geword en die eise word toenemend groter. In In toekomspektief stel Robertson (1984: 427) dit dat sukses van die toekomstige verpleegadministrateur afhanklik is van sekere voorwaardes. Een van hierdie voorwaardes is onder meer: " ... that the provision of a quality nursing service is her prime goal and that of her staff" (Robertson, 1984: 427). Die toenemende prLvti.» sering van gesondheidsdienste in suid-Afrika gaan in die toekoms ook In groter verantwoordelikheid op die verpleegadministrateurs in privaathospitale plaas, veral betreffende gehalteversekering.

Die verpleegadministrateur in privaathospitale se besluitnemingsgesag ten opsigte van gehalteversekering, word begrens deur die gesondheidsdiensinstelling se filosofie, doelstellings (wat op wins ingestel is) en finansiële uitsat. Die afwesigheid van geldige standaarde waarvolgens In verpleegdiens bestuur moet word, kniehalter die verpleegadministrateur se bestuurstaak, veral ten opsigte van gehalteversekering. Gehalteversekering impliseer egter ook In verdere finansiële uitgawe wat veroorsaak dat die bestuur van privaathospitale tipies reaktief in hierdie verband optree, veral in die afwesigheid van In formele akkrediteringstelsel.

In Behoeftte bestaan dus aan In ordelike, sistematiese en formele gehalteversekeringsbenadering, gebaseer op In Suid-Afrikaanse model, asook die uitbouing van verpleegstandaarde vir beide die openbare en privaatsektore (Bruwer, 1986: 220-245).

Geldige verpleegdiensstandaarde, asook riglyne vir die ontwerp van toepaslike gehalteversekeringsprogramme vir privaathospitale, veral in die lig van toekomstige wetgewing in hierdie verband, blyk In groot behoefte te wees.



Standaard vorm die hoeksteen van die gehalteversekeringsproses en behoort aan die verpleegadministrateur die nodige riglyne te verskaf waarvolgens 'n meer pro-aktiewe bestuursbenadering gevolg kan word. Die vraag ontstaan egter of die verpleegadministrateurs in privaathospitale doeltreffend opgelei is om aan die eise van gehalteversekering te voldoen.

Alhoewel daar riglyne by veral die Amerikaners oor gehalteversekering bestaan, ontstaan die vraag ook wat die aard en omvang van gehaltebeheerstandaarde vir 'n verpleegdiens behoort te wees ten einde 'n realistiese gebruiksnut in hierdie verband vir Suid-Afrikaanse privaathospitale te verseker.

Die oorweging van die voorgaande het die navorser se keuse van die onderwerp bepaal. Op grond van bogenoemde probleme het 'n ondersoek na die profiel van verpleegadministrateurs in suid-Afrikaanse privaathospitale en die formulering van verpleegdiensstandaarde noodsaaklik geblyk.

### ✓ 1.3 DIE DOEL VAN DIE STUDIE

In die lig van die waarnemings wat tot die keuse van die onderwerp aanleiding gegee het en kortliks in die probleemstelling uitgebeeld is, stel die navorser haar ten doel om binne kontekstuele (idiografiese) verband:

'n profiel van die verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaathospitale op te stel; en

verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale in Suid-Afrika te formuleer,

### ✓ 1.4 HIPOTESE

Aangesieri hierdie studie hoofsaaklik beskrywend van aard is, is geen hipotese geformuleer nie. Dempsey & Dempsey (1981: 134) is van mening dat 'n hipotese opsioneel vir beskrywendes studies is. Polit & Bungler (1983: 134) bevestig hierdie siening: " --- most research that can be classified as descriptive proceeds without an explicit hypothesis."

### 1.5. AANNAMES

Die navorser baseer hierdie studie op die volgende aannames:

#### 1.5.1 Metateoretiese aanname

Die navorser handhaaf 'n teosentriese (Christelike) lewensbeskouing. Die mens word beskou as uitsonderingswese en totaliteit van liggaam, siel en gees, wat op 'n bio-psigo-sosiale vlak funksioneer met die potensiaal tot groei en verryking. Bybelse beginsels word as grondslag vir die norm van menslike gedrag aanvaar.

#### 1.5.2 Metodologiese aannames

Verpleegkunde is 'n situasie-produkerende wetenskap en derhalwe word beide die empiriese en rasionele as voorwaardelik vir geldige kennis geneem. Vanuit 'n situasie-produkerende (funksioneel realistiese) doelstelling vir wetenskapsbeoefening in die Verpleegkunde, word die vrugbaarheid en/of gebruiksnut van kennis as kriterium vir waarheid aanvaar.

Alhoewel die doel van 'n studie die spesifieke navorsingsmetodologie rig, word kwalitatiewe navorsingsmetodes vir verkennende en beskrywende navorsing enersyds, en kwantitatiewe navorsingsmetodes vir verklarende navorsing andersyds, aanvaar.

#### 1.5.3 Domein en teoreties-metodologiese aannames

- \* Die bestuursmodel, te wete bestuur as 'n proses van beplanning, organisering, leidinggewing en beheer, word as teoretiese raamwerk vir die bestuurspraktyk van verpleegadministrateurs in privaathospitale aanvaar.
- \* Gehalteversekering is normgebonden, realiseer deur middel van 'n stelselproses (insette, deurvoerproses en uitsette) en is derhalwe gebaseer op die stelselteorie (vergelyk figuur 3.3).
- \* Bruwer (1986: 263) se ontwikkelings- en prosesmodel vir gehalteversekering word aanvaar en dien as vertrekpunt vir die formalisering van gehalteversekering in 'n verpleegdiens.

- \* Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) en die Wêreldgesondheidsorganisasie se gehalteversekeringsmodelle word as teoretiese raamwerk vir gehalteversekering aanvaar.
- \* privatisering van gesondheidsdienste in Suid-Afrika vorm deel van die gesondheidsdiensbeleid.
- \* Standaard vorm die hoeksteen van die gehalteversekeringsproses (vergelyk figuur 1.1).
- \* Die verpleegadministrateurs van privaathospitale in suid-Afrika is nie toereikend opgelei of voorberei vir die formalisering van gehalteversekering nie.

#### 1.5.4 Operasionele aannames

Vir die doeleindes van hierdie studie word die volgende begrippe en uiteensettings daarvan gebruik.

##### a) verpleegdiens

'n Verpleegdiens is 'n subsisteem in die gesondheidsdiens gemoeid met die bereiking van die verpleegkundige doelstellings en met 'n verpleegkundige as bestuurder aan wie die gesag en verantwoordelikheid vir die bereiking van hierdie doelstellings toevertrou is (Douglass, 1984: 259).

##### b) Gehalteversekering

Gehalteversekering is 'n proses waardeur 'n spesifieke graad van bevoegdheid verseker word. Dit is 'n proses waardeur:

standaarde gestel word;  
praktykvoering beoordeel word en vergelykings met gestelde standaarde wetenskaplik getref word; en  
toepaslike remediering vervolgens uitgevoer word (vergelyk figuur 1.1).

Gehalteversekering is dus 'n beplande proses waarvolgens die gehalte van dienslewering objektief gemoniteer en geëvalueer word, wat geleentheid vir verbetering identifiseer en wat 'n meganisme voorsien waarvolgens toepaslike remediërende aksies uitgevoer kan word om die verbeteringe te maak en te handhaaf (Sanazaro, 1986: 27).

c)      Standaard

In Standaard is In beskrywende verklaring van die verwagte vlak van werkverrigting waarteen die gehalte van werkverrigting beoordeel kan word. Drie tipes standaard word onderskei, te wete struktuur-, proses- en produkstandaarde (Gillies, 1982: 97).

d)      Kriteria

Kriteria is daardie spesifieke meetbare verklarings (of stellings) van gesondheidsdienslewering wat verpleegwaardes weerspieel (Bloch, 1977: 30). Dit is dus In spesifieke stelling wat meetbaar is ten einde te bepaal of In standaard bereik is al dan nie ,

e)      privaathospitaal

In privaathospitaal is In gesondheidsdiensinstelling wat deur In private instansie met In winsmotief bedryf word.

f)      profiel

In profiel verwys na die toepaslike persoonlike, opvoedkundige, indiensnemings- en professionele inligting van verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaathospitale.

g)      Verpleegadministrateur

Die verpleegadministrateur is In geregistreerde verpleegkundige wat in beheer van In verpleegdiens in In privaathospitaal is. In Verpleegadministrateur, matrone en verpleegdiensbestuurder, word as sinonieme in hierdie studie gebruik.

h)      Privatisering van gesondheidsdienste

Privatisering van gesondheidsdienste is die oordrag van die finansiering en/of verskaffing van gesondheidsdienste in die kortste moontlike tyd op die mees koste-effektiewe wyse, vanaf die openbare sektor na die privaatsektor. Die oordrag van dienste, in teenstelling met die oordrag van fasiliteite, word beklemtoon (Snyckers, 1986: 11; Suid-Afrika, 1987: 8).

## ✓ 1.6 **BELANG VAN** DIE STUDIE

'n Ondersoek na die profiel van verpleegadministrateurs in privaathospitale in suid-Afrika en die formulering van verpleegdiensstandaarde, behoort 'n bydrae te lewer waardeur die gehalte van verpleegdiensbestuur in privaathospitale verbeter kan word.

## ✓ 1.7 NAVORSINGSONTWERP

Die doelstellings van hierdie navorsingstudie is soos volg verantwoord:

### 1.7.1 Benadering en metode

#### a) Konseptualisering

Ten einde teoretiese geldigheid vir die formulering van verpleegdiensstandaarde te verseker, is 'n grondige literatuurstudie van die volgende onderneem:

die bestuur van 'n verpleegdiens in privaathospitale;  
gehalteversekering in privaathospitale.

#### b) Verkennende, beskrywende opname

'n Profiel van die verpleegadministrateurs in privaathospitale en die formulering van verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale in suid-Afrika, is by wyse van 'n verkennende, beskrywende opname uitgevoer.

### 1.7.2 Afbakening van navorsingsterrein

Die teikenpopulasie vir hierdie navorsingstudie sluit alle verpleegadministrateurs van privaathospitale in Suid-Afrika in.

## 1.8 UITEENSETTING VAN DIE STUDIEPLAN

Die studie bestaan uit ses hoofstukke. In hoofstuk een word die probleem gestel wat aanleiding gegee het tot die ondersoek, Die doel van die ondersoek word vermeld, die terrein van die studie afgebaken en die studieplan uiteengesit.

Die eerste hoofstuk word opgevolg deur 'n beskrywing van die bestuurstaak van die verpleegadministrateur in 'n privaat-hospitaal wat as konseptuele raamwerk vir die formulering van verpleegdiensstandaarde dien.

Hoofstuk drie handel oor 'gehalteversekering in privaat-hospitale ten einde die formulering van standaarde as integrale deel van die gehalteversekeringsproses te illustreer en teoretiese geldigheid aan die standaarde betreffende gehalteversekering te verleen.

Hoofstuk vier word gewy aan die verantwoording van die eerste doelstelling, te wete die opstel van 'n profiel van die verpleegadministrateurs in privaathospitale. Die navorsingsmetodologie en -tegnologie, asook die navorsingsresultate word bespreek.

In hoofstuk vyf word die navorsingsmetodologie, asook die resultate betreffende die formulering van verpleegdiensstandaarde, weergegee.

Gevolgtrekkings en aanbevelings volg in hoofstuk ses wat die studie afsluit.

## **1.9 SAMEVATTING**

In hierdie hoofstuk is 'n oorsig van die studiegebied gegee die rede vir die studie en die belang daarvan is aangetoon die wyse waarop die doelstellings verantwoord sal word is kortliks beskryf en tersaaklike aannames is gestel. Vervolgens word die bestuurstaak van 'n verpleegadministrateur deurskou.

---

DIE BESTUUR VAN 'N VERPLEEGDIENS IN PRIVAATHOSPITALE

---

## 2.1 HOOFSTUKPERSPEKTIEF

Die formulering van realistiese, geldige verpleegdiensstandaarde vereis 'n literatuurverkenning oor die bestuur van 'n verpleegdiens in privaathospitale. Die doel van hierdie hoofstuk is om die bestuurstaak van die verpleegadministrateur kortliks te deurskou en te bespreek ten einde teoretiese geldigheid aan die formulering van verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale te verleen.

## 2.2 INLEIDING

'n privaathospitaal is hoofsaaklik op private kapitaal aangewese. Daarom is die primêre doelwit van 'n private instelling die verkryging van wins (Andrews, 1982: 15).

Dinamiese veranderinge in gesondheidsdiensinstellings is aan die orde van die dag. Goldsmith (1988: 5) skryf hierdie veranderinge aan die volgende faktore toe:

wetenskaplike vooruitgang in bio-mediese navorsing:  
 tegnologiese ontwikkelinge in diagnosering en behandeling, asook die beskikbaarheid en benutting van gesofistikeerde inligtingstelsels:  
 veranderde kliniese praktykvoering, op grond van die eerste tweefaktore:  
 institusionele en bestuurstrategie wat veranderinge na die pasient bring.

Hierdie dinamiese veranderinge is ook in die gesondheidsdienslewering in privaathospitale sigbaar. Die aard en omvang van dienste brei uit en die bestuurstaak van die verpleegadministrateur word ook meer kompleks.

Toffler (1984: 18) is die mening toegedaan dat organisasies by die veranderende samelewing moet aanpas en die bestuurstaak van 'n bestuurder meer gesofistikeerd sal raak.

Hayes (1988: 22) bevestig hierdie siening en is van mening dat tradisionele bestuursmetodes wat op kompeterende en aggressiewe leierskapstyle staatmaak, een van die dae iets van die verlede sal wees. Die bestuurder van die toekoms sal meer pro-aktief moet optree en in werksomgewing vir motivering, vernuwing en verbintenis moet skep.

Die geneesheer word deur die bestuur van privaathospitale as die primêre kldent, beskou (Welz, 1985c: 15), wat as in belangrike besluitnemingsveranderlike, in impak op die verpleegadministrateur se bestuurhandelinge maak. In teenstelling met openbare hospitale, is die algemene bestuurder van in privaathospitaal in persoon met min of geen mediese agtergrond, wat soms hoër eise aan die verpleegadministrateur se besluitnemingsverantwoordelikheid, veral betreffende pasiëntsorg, stel.

Die verpleegadministrateur van in privaathospitaal word dus ook deur hoër eise gekonfronteer en haar!sy rol in die Suid-Afrikaanse konteks ondergaan tans dinamiese veranderinge.

## 2.3 HISTORIESE PERSPEKTIEF

### 2.3.1 Die ontwikkeling van privaathospitale

privaathospitale in suid-Afrika is nie in nuwe konsep nie. Voor die Tweede Wereldoorlog is baie min gesondheidsdienste in Suid-Afrika deur die openbare sektor gelewer. Selfs nadat die Grondwet van die Unie van Suid-Afrika in 1909 die vier provinsies vir die oprigting, instandhouding en beheer van openbare hospitale verantwoordelik gemaak het, is die bestuur van hierdie hospitale vanaf 1915 aan hospitaalkomitees, en vanaf 1928 aan Hospitaallrade gedelegeer, wat seif verantwoordelik was vir die befondsing van hierdie dienste (Lombard, s.j.). Staatsbeheerde hospitale het eers ná die promulgering van die provinsiale ordonansies gedurende die 1950's in werklikheid geword.

Baie openbare hospitale het oorspronklik deur gemeenskaps-behoeftes en -inisiatief ontstaan, waarvan Pelgrimsrus en die Babertonse hospitale in die Oos Transvaal, voorbeelde is (Searle, 1965: 78-81).



Die Queen Victoria-hospitaal in Johannesburg is in 1904 deur "The Guild of Loyal Women" tot stand gebring en eers in 1913 deur die Transvaalse Provinsiale Administrasie oorgeneem (Epstein, 1965: 27). Selfs die Johannesburgse Algemene Hospitaal is gebou uit fondse wat deur die myn-industrie geskenk is (Epstein, 1965: 23; Mac Carty, 1947: 14-18) en die Transvaalse "Memorial Hospital for Children" is gebou uit fondse geskenk ter herdenking van die slag-offers van die Eerste Wereldoorlog.

Die Volkshospitaal in Kaapstad is in 1930 opgerig met In voorwaardelike beginsel, te wete dat: "Die inrigting in hoofsaak selfbetalend moet wees ..." (Anon, 1945: 1). So is ook die Welkomse hospitaal een van die latere hospitale wat in 1954 geopen is en deur die Kamer van Mynwese befonds is (Vermaak, 1972: 7).

Die eise van beroepsgesondheid het dus die instelling van die sogenaamde industriële hospitale vereis (Searle, 1965: 74-83). Vrywilligers en welsynsorganisasies het hospitale opgerig en met behulp van subsidies vanaf die Provinsiale Administrasies bestuur. In Transvaal is die Moedersbond Kraamhospitaal, die Zuid-Afrikaanse en die "Holy Cross"-hospitale in pretoria, klassieke voorbeelde.

Hierdie ontwikkeling van hospitale, hoofsaaklik vanuit privaatfondse en -inisiatief, het dieselfde patroon in die ander provinsies gevolg.

Suid-Afrika beskik tans oor 84 privaathospitale, wat met In winsmotief bedryf word, met 'n totale beddetal van ongeveer 6000 wat 5% van die totale hospitaalbeddens in Suid-Afrika uitmaak (Departement Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad, 1989; Hospital and Nursing Yearbook of Southern Africa, 1988: 103; Williamson, 1987b: 9-24).

Dit is interessant om daarop te let dat die privaatbeddens sedert 1972 nie toegeneem het nie, maar In geringe afname toon, naamlik vanaf 33712 beddens in 1972 tot 29875 beddens in 1988. Hierdie beddens sluit alle staatsgesubsidieerde en mynindustrie-beddens in (Hospital and Nursing Yearbook of Southern Africa, 1973: 11; Hospital and Nursing Yearbook of Southern Africa, 1988: 103).

### 2.3.2 Die ontwikkeling van verpleegbestuur

Moses het, met die uittog uit Egipte, die grondslag van bestuur gelê toe hy, op aanbeveling van sy skoonvader Jetro, owerstes oor duisend, honderd, vyftig en owerstes oor tien, aangestel het, want " ... die saak is te swaar vir jou; jy kan dit nie alleen doen nie" (Eksodus 18: 18-21). Hierdie bestuurskap is deur al die ander Bybelseleiers, rigters en konings voortgesit.

Die dinamika van bestuur het vanaf Taylor se klassieke teorie in 1895 ontwikkel tot die wetenskaplike kwantitatiewe teorie van die twintigste eeu. Taylor se klassieke teorie was primêr gemoeid met die bestuur van werk, dit wil sê produktiwiteit alleen. Henri Fayol het daarna, in ongeveer 1925-1930, 'n konseptuele raamwerk vir die administratiewe proses geformuleer om sodoende die organisasie in geheel binne die konteks van bestuur te plaas. Hierna volg die gedragsteorie waar die menslike element as die sentrale fokus in die werksituasie erken is, met die organisasie, hospitale ingesluit, as komplekse sosiale stelsels (Arndt & Huckabay, 1980: 2-7; Koontz, O'Donnell & Wehrich, 1984: 24-43).

Die eerste verpleegadministrateur, die vroedvrou Aletta Kaisers, is in 1687 as "binnenmoeder" in die eerste permanente hospitaal aan die Kaap aangestel en was hoofsaaklik verantwoordelik vir die bestuur van huishoudelike dienste (Searle, 1965: 44). Hierdie beklemtoning van huishoudelike verantwoordelikhede van die matrone was 'n wereldwye tendens.

Nightingale (1980: 31) lê in 1855 die beginsels van wetenskaplike verpleegbestuur neer. Sy omskryf bestuur soos volg: "To be in charge<sup>1</sup> is certainly not only to carry out the proper measures yourself but to see that everyone else does so too; to see that no one either wilfully or ignorantly thwarts or prevents such measures."

Florence Nightingale het hervorming in verpleegbestuur teweeggebring en die matrone van 'n huishoudster na 'n professionele bestuurder verander. Sy was nie net verantwoordelik vir huishoudelike dienste nie maar ook vir die lewering van 'n hoë gehalte verpleging in die diens, wat derhalwe verpleegopleiding as voorvereiste beteken het.

Professionele dissiplinerings het ook in groot deel van haar verantwoordelikheid uitgemaak (Robertson, 1984: 135).

In Suid-Afrika het die matrone van hospitale dieselfde patroon as haar Britse eweknie gevolg. Die ontdekking van diamante in 1867 en die ontdekking van goud in 1883 het momentum aan die oprigting van hospitale in Suid-Afrika gegee. In hierdie tye is die beeld van die matrone in Suid-Afrika deur 'n groep Anglikaanse susters beïnvloed, waarin Henriette Stockdale die leiding geneem het. Opleiding van verpleegkundiges is outomaties deur die matrone beheer (Searle, 1965: 150; 178). "Although autocratic and very strict, they were approachable and sought to provide quality care and to produce an educated nurse" (Robertson, 1984: 431).

In die twintigste eeu is die rolverandering van matrones in Suid-Afrika hoofsaaklik deur die oorloë beïnvloed en die Florence Nightingale-patroon is versterk. Na die Tweede Wereldoorlog ontwikkel suid-Afrikaanse verpleging sy eie karakter en die verantwoordelikhede van die matrone is hoofsaaklik in vier afdelings verdeel, te wete administratief, opvoedkundig, huishoudelik en professioneel (Robertson, 1984: 160). Hierdie matrone: "She played a leading role in the development of the profession and with military type precision and efficiency she trained nurses and developed the service" (Robertson, 1984: 433).

Die matrone se rol het vanaf 1950 geleidelik verander en huishoudelike dienste is, veral in die groter provinsiale en staatshospitale, gedelegeer. Die matrone het slegs in konsulerende diens in hierdie verband gebleef, "The matron became a manager, and was no longer the main educator. The knowledge explosion and the increased specialisation in the hospital made it increasingly difficult for her to keep up to date. Her role increased in complexity and she had difficulty in sorting her priorities between her management, housekeeping and professional nursing functions" (Robertson, 1984: 433).

In 1982 loods die Kommissie vir Administrasie in beroep-spesifieke bedeling vir verpleegkundiges en die postitels van matrones verander, na gelang van die posklassifikasie, na Verpleegdiensbestuurder. Minimum kwalifikasies en vereistes word ook vir elke posklas neerge lê (Kommissie vir

Administrasie, 1982: 13-14).

Verpleegadministrateurs in privaathospitale het egter geen neergelegde pos vereistes nie. Alhoewel hierdie kategorie ook dramatiese rolveranderinge ondergaan, wil dit voorkom asof relatief min oor In verpleegadministrasiekwalifikasie beskik en die posbenaming "matrone" word nog algemeen gebruik.

## 2.4 BEGRIPSOMSKRYWING

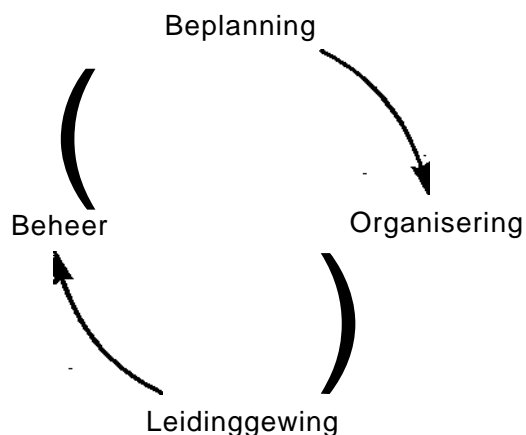
### 2.4.1 Bestuur

Bestuur is In dinamiese proses wat deur die meeste outeurs gedefinieer word as " .•. the process of getting work done through others" (DiVincenti, 1986: 39; Gillies, 1982: 1).

Vir Douglass (1984: 6) is die bestuurshandeling daarin geleë om die organisasie se doelstellings deur beplanning, organisering, leidinggewing en beheer te bereik: "The management process consists of achieving organizational objectives through planning, organizing, directing, and controlling human and physical resources and technology."

Die doel van bestuur is om deur die bestuurstake beplanning, organisering, leidinggewing en beheer, die werk en optrede van ander in die organisasie te koördineer en te rig vir optimale doelbereiking (vergelyk figuur 2.1).

Figuur 2.1 Skematiese voorstelling van die bestuursproses (aangepas uit Douglass, 1984: 7)



#### 2.4.2 Verpleegdiens

'n Verpleegdiens is 'n subsisteem in die gesondheidsdiens gemoeid met die bereiking van die verpleegkundige doelstellings en met 'n verpleegkundige as bestuurder aan wie die gesag en verantwoordelikheid vir die bereiking van hierdie doelstellings, toevertrou is (Douglass, 1984: 259).

#### 2.4.3 Verpleegadministrateur

'n Verpleegadministrateur is 'n geregistreerde verpleegkundige wat in verpleegdiens in 'n hospitaal bestuur en derhalwe verantwoordelik is vir die bereiking van verpleegkundige doelstellings in die gesondheidsdiens.

#### 2.4.4 Privaathospitaal

suid-Afrika beskik oor privaathospitale wat nie noodwendig 'n direkte wirismotief het nie, byvoorbeeld die mynindustrie wat, ter wille van koste-effektiwiteit, hul eie hospitale het en 'n gesondheidsdiens aan hul werknemers lewer.

'n Privaathospitaal is 'n gesondheidsdiensinstelling wat deur 'n privaatorganisasie bestuur word, sonder enige finansiële ondersteuning van die staat. Privaathospitale is op die verkryging van wins ingestel en politiek speel 'n geringe rol by die daarstelling en voortsetting van bedrywighede in private instellings (Andrews, 1982: 15).

Vir die doeleindes van hierdie studie word in privaat-hospitaal beskou as 'n gesondheidsdiensinstelling wat met in winsmotief deur 'n private instansie bedryf word.

### 2.5 NAVORSINGSTUDIES MET BETREKKING TOT DIE BESTUUR VAN IN VERPLEEGDIENS IN PRIVAATHOSPITALE

#### 2.5.1 Nasionale studies

Geen studie oor die verpleegadministrateur in privaat-hospitale is tot dusver in Suid-Afrika uitgevoer nie. Sedert 1970 is baie min studies oor die bestuurstaak van die verpleegadministrateur in die openbare sektor in Suid-Afrika uitgevoer. Die funksies van die matrone (verpleegadministrateur) is gedurende 1954 tot 1959 deur Searle ondersoek en in die vorm van 'n Beknopte Reeks uitgegee.

Daarin word die rol van die matrone in vier afdelings verdeel, te wete administrasie, opleiding, huishoudelike en professionele verantwoordelikhede. Die doel van die verpleegdiens is soos volg saamgevat: ..... to provide effective nursing care" (Searle, 1968: 2).

Thompson (1980) se studie het hoofsaaklik op die matrone se personeelfunksie gefokus waarin sy die belangrikheid van In goed gekwalifiseerde leier van die verpleegdiens beklemtoon. Die opleiding van die matrone is ook krities deurskou waarna Thompson (1980: 39-42; 161-162) aanbeveel dat die huidige rol en opleidingsprogram van die verpleegadministrateur krities beoordeel moet word.

Nel (1983) ontwikkel In selfevalueringsinstrument vir die verpleegadministrateur na aanleiding van haar/sy rol en verantwoordelikhede. Hierdie instrument is in vier afdelings verdeel, te wete selfevaluering betreffende algemene aspekte in verpleegadministrasie en -bestuur, personeelbestuur, die lewering van In hoë gehalte pasiënt;» sorg, asook personeelontwikkeling en verpleegonderwys •

Die verpleegkundige as administrateur in psigiatriese hospitale van die Departement van Gesondheid en Welsyn is deur Bruwer (1982) ondersoek. In Ontleding van die huidige aard en omvang van die verpleegadministrateur se funksies is vanuit die generiese-prosesbenadering gedoen. Die beheerfunksie van die administrateur in hierdie diensveld het veral leemtes getoon: "Die grootste leemte kom egter voor by die stel van verpleegstandaarde, evaluasie van die verpleegingryping en die terapeutiese milieu" (Bruwer, 1982: 167).

Robertson (1984) het In kritiese ontleding van die rol en verantwoordelikhede van die verpleegadministrateur vanuit In perspektief op die verlede, hede en toekoms gemaak. Rol-omskrywings word met dié van die Verenigde State van Amerika en Groot Brittanje vergelyk. Die menings van superintendente, administrateurs en geregistreerde verpleegkundiges, oor die verpleegadministrateur in provinsiale en staatshospitale, is ook verkry. Die vernaamste bevindinge in hierdie studie is soos volg:

die verpleegadministrateur in stedelike provinsiale hospitale speel In komplekse bestuursrol:

die verpleegadministrateur vind dit moeilik om aan te pas by die rolveranderinge en die eise wat vandag aan haar/hom as verpleegadministrateur gestel word;

die verpleegadministrateur voel onseker wanneer debatvoering oor finansiële en ander topbestuursake van haar/hom vereis word;

die verpleegadministrateur van die toekoms sal 'n gegradueerde persoon moet wees;

die verpleegadministrateur ondervind 'n onvermoe om by verandering aan te pas (Robertson, 1984: 438-440).

Robertson (1984: 440-441) beveel onder meer aan dat 'n forum vir verpleegadministrateurs gestig word waarin rolkonflik en bestuursverantwoordelikhede uitgeklaar kan word. Formele opleiding behoort op graadvlak plaas te vind en opleiding oor beplande verandering, selfhandhawende gedrag, wetenskaplike bestuursbenadering, kommunikasie, personeelbestuur en programbeplanning, behoort in kort kursusse aangebied te word ten einde hul bestuursvaardighede te verbeter.

Die rolverwagtings van gebiedstoesighouers in 'n aantal Transvaalse provinsiale hospitale word deur Van Tonder (1984) ondersoek. Agt rolle is getidentifiseer, naamlik die rolle van leier, koördineerder, vindingryke persoon, kliniese deskundige, toesighouer, opvoeder, deskundige in menseverhoudings en inspektise. Van Tonder (1984: 32) kom tot die gevolgtrekking dat die werklikheid in verband met toesighouding nie met die rolverwagtings van die gebiedstoesighouers ooreenstem nie. Die funksies wat aan die verpleegkundige gebiedstoesighouers opgedra word, voldoen dus nie aan haar/sy rolverwagtinge nie.

Die rol van die verpleegadministrateur in personeelbestuur in hospitale word deur Cilliers (1986) ondersoek. Die doel van hierdie studie was om die rolverwagtings van verpleegadministrateurs ten opsigte van die personeelbestuursfunksie te bepaal en vas te stel in watter mate aan die rolverwagtings voldoen is. Die ondersoek het bevestig dat die verpleegadministrateur nie die verwagte hoë prioriteit aan die personeelbestuursfunksie gee nie en dat sy/hy primêr 'n outokratiese leierskapstyl handhaaf (Cilliers, 1986: 124-

Estherhuysen (1987: 21-27) ontleed bestuur in verpleging en skets 'n teoretiese model waarin die bestuurstaak van die verpleegadministrateur, vanuit Cloete se administratiewe model, beskryf word. Die hospitaal word ook as 'n stelsel beskryf waarin die bestuurstaak kan realiseer.

Herselman (1989) bewys dat 'n gedesentraliseerde organisasie-ontwerp in verpleegdiensbestuur suksesvol is en dat die houdings en persepsies van verpleegkundiges teenoor hul werk betekenisvol verskil en positief verbeter ten tye van gedesentraliseerde bestuur.

Die bestuurstaak van die verpleegadministrateur in Suid-Afrika is dus hoofsaaklik vanuit die openbare sektor ondersoek. Geen studie oor die bestuurstaak van die verpleegadministrateur in privaathospitale kon gevind word nie.

In die openbare sektor word die bestuurstaak van die verpleegadministrateur op Cloete (1975) se model gebaseer, te wete beleidbepaling, finansiële en begrotingsfunksie, organisering, die ontwikkeling van prosedures en metodes en die personeel- en beheerfunksies.

## **2.5.2 Internasionale studies**

Robertson (1984) het 'n kritiese analise van internasionale studies en verslae rakende die rol en funksies van die verpleegadministrateur gemaak. Vir die doeleindes van hierdie studie word slegs enkele tersaaklike studies deurskou.

Die Amerikaanse Verpleegstersvereniging beskryf die rol en funksies van die verpleegadministrateur vanuit uitvoerende, middel- en eerstevlakbestuur. Die vernaamste funksies en verantwoordelikhede van die verpleegadministrateur in bevel van 'n hospitaal, sluit kortliks die volgende in:

- deelname aan topbestuurbesluitnemingi
- bepaling van die verpleegdiens se waardes en doelstellingsi
- deelname aan die formulering van verpleegdiensbeleidi
- programbeplanning van die verpleegdiensaktiwiteitei



organisering van die verpleegdiens, insluitende departementele verdelings;  
 die verkryging en toewysing van toepaslike bronne, insluitende verpleegpersoneel;  
 koördinerings van verpleegaktiwiteite;  
 verpleegkundige personeelbestuur;  
 die evaluering van doelbereiking, bronne, strukture en aktiwiteite van die verpleegdiens;  
 die voorsiening van leierskap in probleemoplossing;  
 die voorsiening van kanale vir gemeenskapsdeelname en -beleidsontwikkeling;  
 die voorsiening en koördinerings van leergeleenthede vir verpleegopleiding;  
 die fasilitering, inisiering en deelname aan navorsing (American Nursing Association, 1979).

Die bestuurstaak van die Britse verpleegadministrateur volg dieselfde patroon waarin veral klem op gemeenskapsontwikkeling en -deelname en die handhawing van standarde gelê word. (Cox, 1979: 1580-1585).

McClure, Poulin, Sovie & Wandelt (1982) het 'n studie in Amerikaanse hospitale voltooi waarin sogenaamde "magnet"-hospitale geïdentifiseer is. Die bestuurstaak van die verpleegadministrateur, en derhalwe die sukses van bestuur, is aan die hand van die kenmerke van sukses in 'n onderneming wat deur die bekende Peters & Waterman (1982) in hul boek "In search of excellence" gepubliseer is, ondersoek.

Die magneethospitale moes aan die volgende vereistes voldoen: " --- one had to have a reputation for quality nursing care, for being a good place to work, and the nursing department had to meet certain criteria with respect to retention and turnover rates, proportion of RNs on staff, and" ratio of nurses to patients" (McClure et al., 1982: 6).

Gedesentraliseerde, innoverende bestuur is as die hoofkenmerk van voortreflikheid geïdentifiseer. Die bydrae van die verpleegdiens tot die eindproduk, te wete hoë gehalte pasiëntsorg, is bepaal.

Kramer & Schmalenberg (1988a: 13-24 en 1988b: 11-19) het 'n opvolgstudie voltooi en bevestig dat 'n magneethospitaal se verpleegdiensbestuur die volgende kenmerke het:

- \* 'n Voorliefde vir aksie: 'n gedesentraliseerde aksie-beleid vir probleemoplossing op die laagste bestuursvlak bestaan ten einde " Paralysis through Analysis " te verhoed (Kramer & Schmalenberg, 1988a: 17).
- \* 'n Hoë gehalte van verpleging: die voorsiening van goed beplande, omvattende verpleging wat op die werklike pasiëntbehoefte fokus en 'n hoë graad van tevredenheid by die pasiënt, én professionele gesondheidspraktisyne tot gevolg het: "We give cadillac, not volkswagen care here" (Kramer & Schmalenberg, 1988a: 20) •
- \* Gesag en entrepreneurskap: In omgewing wat vernuwing en kreatiwiteit stimuleer en rolontwikkeling, selfs op die laagste vlak, bevorder.
- \* produktiwiteit deur mense: In fokus op effektiewe personeelbestuur met in klem op "caring". "The magnet hospitals were marked by a true respect for the individual, a people orientation "hugger" organizations" (Kramer & Schmalenberg, 1988b: 11).
- \* Waarde-georiënteerde leierskap: die werklike realisering van die verpleegdiens se waardes en filosofiese verklarings in die verpleegadministrateurs se leierskapsgedrag.
- \* Gedesentraliseerde bestuur waarin die gesag vir besluitneming op die mees toepaslike wyse gedelegeer is ten einde vinnige probleemoplossing en kreatiwiteit te stimuleer en stagnasie te voorkom.
- \* In Gesentraliseerde waardesisteem wat op In ferm (rigiede) wyse beoefen word met organisatoriese beleid wat besluitneming rig.

Daar word dus In fyn balans tussen sentralisering en desentralisering gehandhaaf ten einde die nodige geborgenheid van waardes en beleid, asook die nodige vryheid vir besluitneming en probleemoplossing te voorsien. Die verpleegkundiges in hierdie magneethospitale som dit soos volg op: "What is the biggest attractor here? Working someplace where your work has meaning and where you can feel good

about your work" (Kramer & Schmalenberg, 1988a: 17).

Dit is interessant om daarop te let dat elf van die sestion magneethospitale privaathospitale is wat aan akkreditering deelneem (Kramer & Schmalenberg, 1988a: 15).

Die bestuurstaak van die verpleegadministrateur word vervolgens deurskou.

## 2.6 DIE BESTUURSTAAK VAN DIE VERPLEEGADMINISTRATEUR IN IN PRIVAATHOSPITAAL

### 2.6.1 Beplanning

#### 2.6.1.1 Algemene oorsig

Beplanning word as die eerste stap in enige bestuurshandeling beskou, Hierdie uitgangspunt word ook deur Koontz et al. (1984: 101) bevestig: "It is the most basic of all managerial functions." Hierdie outeurs is verder van mening dat beplanning in die huidige ekonomiese, tegnologiese, sosiale en politieke era, In voorvereiste vir die oorlewing van enige organisasie is.

Beplanning word deur Douglass (1984: 102) as In proses van beraming, met inbegrip van situasie-ontleding, die formulering van doelstellings en doelwitte, en die implementering van doelwitaksies, opgevolg deur sinvolle evaluering, beskryf.

Arndt & Huckabay (1980: 66-67) sien beplanning as In konseptuele aksie waardeur feite geïnterpreteer word en In operasionele plan daarvolgens saamgestel word, insluitende die stel van beheermaatregte om optimale programimplementering te verseker.

In die beplanningsproses is daar, volgens hierdie outeurs, hoofsaaklik twee kragte wat die beplanningsaksies beïnvloed, te wete eksterne en interne kragte. Die eksterne kragte impliseer daardie kragte buite die organisasie wat nie beheer kan word nie, teenoor die interne kragte wat faktore binne die organisasie verbeeld (Arndt & Huckabay, 1980: 67-71).

Arndt & Huckabay (1980: 67) onderskei verder tussen strategiese en taktiese beplanning. strategiese beplanning is daardie langtermynbeplanning waarvolgens basiese organisatoriese doelstellings bepaal word. Taktiese beplanning daarenteen is die kortermynbeplanning wat operasioneel-gerig is, binne konteks van die strategiese beplanning.

Te midde van hierdie proses speel besluitneming deur die bestuurder 'n belangrike rol. Besluitneming word deur Gillies (1982: 328) as 'n doelbewuste kognitiewe proses, bestaande uit die opeenvolgende stappe van beraming, bepaling van prioriteite, doelwitformulering en die daarstelling van implementeringsaksies, omskryf. Evaluering van besluitneming volg as 'n laaste stap en moet met omsigtigheid geskied omdat besluite altyd 'n "gevolg-besluit-gevolg" kettingreaksie het. Die keuse van die beste alternatief sal uiteraard deur veelvuldige faktore beïnvloed word (Andrews, 1985: 13-14).

Gillies (1982: 331) beweer dat besluitnemingskonflik by die verpleegadministrateur ontstaan wanneer daar onsekerheid bestaan oor haar/sy besluitnemingsgesag in die organisasie.

Besluitneming is dus 'n integrale deel van beplanning en impliseer 'n bewustelike keuse tussen verskillende alternatiewe optredes ten einde 'n bepaalde aksie te laat plaasvind.

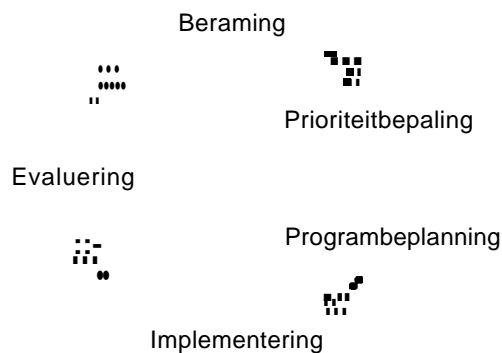
Arndt & Huckabay, (1980: 72-73) en Kootz *et al.* (1984: 102-103) is van mening dat die verpleegadministrateur tydens beplanning die volgende beginsels in ag moet neem:

- beplanning is gebaseer op die doelstellings en doelwitte van 'n organisasie;
- al die bestuurshandelinge is interafhanklik en beplanning kan dus nie as 'n onafhanklike entiteit gesien word nie;
- die aard van beplanningsaktiwiteite hang af van die graad van die gesag toegeken aan 'n bestuurder;
- beplanning moet doelgerig, rasioneel en geregverdig binne die konteks van organisatoriese en individuele doelwitte wees;
- die plan moet voorsiening maak vir die unieke sosio-politieke stelsel van die organisasie;

toekomsgerigheid moet as basis vir die beplanning dien, dit wil sê met inagnome van veranderlikes soos die ekonomie, pasientbehoefte en -eise, die benutting van gesondheidsdienste, die sosiale omgewing en politieke magte.

uit die voorafgaande kan dus afgelei word dat beplanning 'n sistematiese proses is, bestaande uit die beraming van behoeftes op 'n wetenskaplike wyse, die bepaling van prioriteite, die formulering van doelstellings wat deur programbeplanning (aksies) opgevolg word en die implementering en evaluering van doelbereiking (vergelyk figuur 2.2).

Figuur 2.2 Skematiese voorstelling van beplanning as bestuurstaak

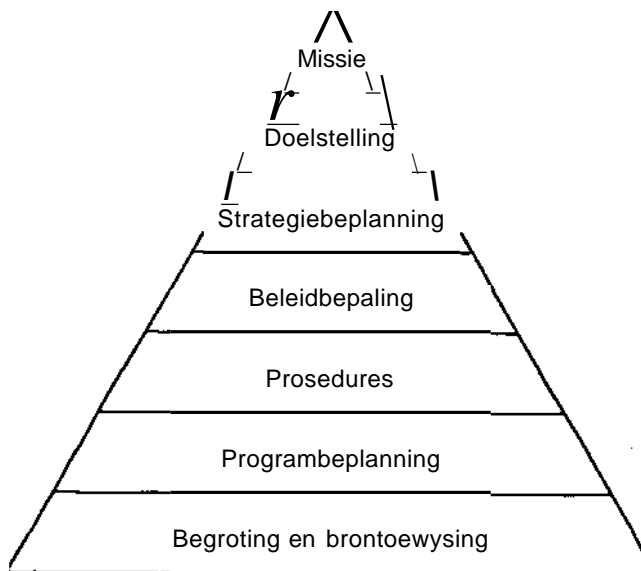


Beplanning is egter 'n tydrovende bestuurstaak wat gevolglik nie noodwendig ernstig opgeneem word deur die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal nie. Beplanning lei egter tot sukses as gevolg van die beklemtoning van die doelstellings en gee betekenis aan werk en derhalwe aanleiding tot werksbevreëdiging. Beplanning verseker ook optimale bronbenutting, bied 'n raamwerk waarvolgens krisis-situasies meer suksesvol die hoof gebied kan word en vergemaklik beheer (Douglass, 1984: 65).

### 2.6.1.2 Beplanningshierargie

In Beplanningshierargie wat die verskillende beplanningsfunksies uitbeeld word deur Koontz et al. (1984: 105) voorgestel (vergelyk figuur 2.3).

Figuur 2.3 Skematiese voorstelling van die beplanningshiërargie  
(aangepas uit Koontz et al., 1984: 105)



Vir die doeleindes van hierdie studie word die genoemde beplanningsfunksies vanuit 'n verpleegbestuursperspektief in 'n praatgeselskap bespreek.

#### a) Die missie

Elke organisasie, of groep binne die organisasie, behoort volgens Koontz et al. (1984: 105) 'n missie te hê waarop die bestuur hul bestuurshandeling baseer. Hierdie missie is 'n integrale deel van die organisatoriese kultuur of klimaat.

'n organisatoriese kultuur word deur Dorfling, Verwey & Joubert (1988: 26) gedefinieer as "the coherent pattern of assumptions and values developed by all the members of an organisation in order to cope with the organisation's particular problems of existence."

Die organisatoriese kultuur binne die organisasie is dus die resultaat van die bestuur van die onderneming se bestuursfilosofie wat in die praktyk tot uiting kom in die styl wat leiers in die onderneming in die bestuursproses openbaar.

Die verpleegdiens se filosofie -is 'n vanselfsprekende uitvloeisel van die organisasie se missie. Die filosofie van 'n verpleegdiens voorsien volgens Stevens (1983: 83) die raamwerk vir alle verdere planne en aktiwiteite en beeld die waardes en gelowe wat die verpleegkundige se praktykbeoefening rig, uit.

Die formulering van 'n verpleegdiensfilosofie is volgens Stevens (1983: 83) die verpleegadministrateur se eerste operasionele taak en moet in duidelike, spesifieke filosofiese verklaring, verteenwoordigend van die beroeps-, asook die organisasiefilosofie, wees. Kramer & Schmalenberg (1988b: 13) bevestig dat in welgedagte en goed omskryfde waardesisteme, wat deur al die verpleegpersoneel aanvaar en beoefen word, die kern van sukses is.

'n Verpleegdiensfilosofie behoort 'n gebruiksnut vir die verpleegpersoneel te hê sodat dit as basis vir gehalteversekering kan dien. Poteet (1988: 29) stel dit soos volg: "It serves as a guide for action and an explanation of action. The belief system of the nursing service philosophy should reflect the nursing division members' ideas and ideals for nursing ••." Daarom is Poteet (1988: 29-33) die mening toegedaan dat 'n suksesvolle verpleegdiensfilosofie die volgende aspekte moet aanspreek:

#### i) Die pasiënt

oortuigings oor die regte van die pasiënt behoort in hierdie konsepskrywing aangespreek te word. Die filosofiese verklarings moet egter versoenbaar wees met dié oor die verpleegpraktyk. In Verpleegdiens wat orem se selfsorgteorie ahang sal dus 'n filosofiese verklaring oor die pasiënt se verantwoordelikheid tot selfsorg bevat.

oortuigings betreffende die pasient is ook In bepaalde faktor by die keuse van verpleegmodaliteite, bestuurstyle, diens-skeduleringsmodelle en ander verplegingsinteraksies.

## ii) Die verpleegpraktyk

Filosofiese oortuigings oor die tersaaklike verpleegpraktyk, verpleegopleiding, navorsing, verpleegbestuur, asook die rol van die verpleegkundiges in die organisasie, is hier van belang. Die verpleegadministrateur in In privaathospitaal sal dus die Suid-Afrikaanse Raad op verpleging se uitgangspunte en regulasies as vertrekpunt gebruik. Die nodige professionele vaardighede, kwalifikasies en persoonlike eienskappe wat in In personeellid se posoms krywings figurer, behoort ook versoenbaar te wees met die verpleegdiens se filosofiese uitgangspunte in hierdie verband.

## iii) Die verpleegkundige

am optimale dienslewering te verseker is dit ook nodig om die waardes wat verband hou met die oortuigings oor verpleegkundiges, aan te spreek. Die regte en verantwoordelike hede van die verpleegpersoneel moet dus, in die vorm van filosofiese verklarings verwoord word.

## b) Doelstellings

Doelstellings, beide lang- en korttermyn, is In vanselfsprekende voortsetting van die missie en filosofie. In hierdie verband beklemtoon Koontz et al. (1984: 106) dat elke afdeling of departement binne die organisasie sy eie doelstellings, aan die hand waarvan die organisasie se missie kan realiseer, moet formuleer.

Alhoewel Stevens (1983: 84) die formulering van doelstellings as die tweede operasionele stap omskryf, beklemtoon hierdie outeur dat " ... the philosophy and purpose interact and influence each other, so in one sense neither precedes the other." Dit is egter belangrik dat die doelstellings die realiteite van die organisasie sal reflekteer.

Arndt & Huckabay (1980: 50) definieer In doelstelling as spesifieke verwagtinge wat binne 'n sekere tydperk bereik moet word.



By die formulering van doelstellings behoort die verpleeg-administrateur die sosio-kulturele waardes en norme van die plaaslike gemeenskap, die gesondheidsdiensverbruiker, personeel en bestuur in ag te neem (Arndt & Huckabay, 1980: 51) •

Douglass (1984: 112) is van mening dat die bestuursproses met die formulering van doelstellings en doelwitte begin en met die evaluering van doelbereiking eindig. Doelstellings is dus onontbeerlik vir die versekering van 'n hoë gehalte dienslewering.

Om suksesvol te wees moet doelstellings volgens Douglass (1984: 112-113) aan die volgende vereistes voldoen:

- die verpleegdiens se doelstellings moet versoenbaar wees met dié van die organisasie en professie;
- doelstellings moet realisties wees, met inagnome van menslike en tegniese hulpbronne;
- die ondergeskiktes wat die doelstellings gaan implementeer, moet betrokke wees by die formulering van die doelstellings;
- alle doelstellings en doelwitte moet meetbaar wees en derhalwe in meetbare gedragsterme geskryf wees;
- verantwoordelikheid en aanspreeklikheid vir die implementering en bereiking van doelstellings moet toegeken word;
- doelstellings moet deur middel van 'n kommunikasienetwerk aan die ondergeskiktes oorgedra en bekendgemaak word;
- doelstellings moet die nodige buigsaamheid om tersaaklike veranderinge te akkommodeer, besit.

Rotem & Fay (1987: 28) beklemtoon die belang van beide lang- en korttermyn doelstellings: "Long-term goals set the overall direction of the services and provide a framework for short-term and intermediate goals,"

uit die voorafgaande omskrywings is dit duidelik dat 'n hoë gehalte van verpleging deur middel van doelstellings gerig moet word. Die verpleegadministrateur in 'n privaat-hospitaal het dus 'n aanspreeklikheid om in samewerking met die verpleegpersoneel, doelstellings in 'n geskrewe vorm te formuleer en bekend te stel.

Beyers (1988: '619) huldig die mening dat geskrewe lang- en korttermyn doel.stellings onontbeerlik vir die formalisering van 'n gehalteversekeringsprogram is. Dit vorm die basis van strategiese gehaltebestuur deur die verpleegadministrateur.

#### c) Strategiebeplanning

strategiebeplanning impliseer, volgens Koontz et al (1984: 107), die daarstelling van "grand plans" waarvolgens die organisasie beoog om sy doel.stellings te bereik.

Die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal moet dus strategiebeplanning, waartydens die doelstellings van die verpleegdiens in operasionele terme gestel word, doen. Hierdie strategiebeplanning sluit oorhoofse beplanning in, voordat die gedetailleerde programbeplanning kan plaasvind.

Personeelbestuur vorm volgens Carrell & Kuzmits (1986: 6) 'n belangrike komponent van strategiebeplanning. Beyers (1988: 620) is van mening dat 'n verpleegadministrateur wat strategiebeplanning beoefen bewys lewer van haar/sy verbindings tot die lewering van 'n hoë gehalte diens.

#### d) Beleidbepaling

Stevens (1983: 85) definieer 'n beleid as " ..• a rule for human conduct formulated with a particular intention in mind." 'n Beleid bestaan volgens Stevens (1983: 85) uit 'n doelstelling wat die aard van die beleid rig, 'n beleidsreël waarvolgens die standaard van praktyk bepaal word en 'n geskrewe direktief vir die aksies, dit wil sê struktuur- en prosesstandaarde. DiVincenti (1986: 105) onderskryf hierdie siening en definieer 'n beleid as 'n riglyn wat die verantwoordelikhede en aksies wat in bepaalde omstandighede geneem moet word, duidelik uitspel.

Beleid is dus geskrewe reëls en regulasies wat die handeling van 'n praktisyn rig. Koontz et al (1984: 109) huldig die mening dat beleid diskresie en inisiatief moet aanmoedig binne sekere beperkinge: "Policy should be regarded as a means of encouraging discretion and initiative, but within limits."

Beleidsbepaling is in bestuurshandeling wat deur die verpleegadministrateur gebruik kan word om in hoë gehalte van verpleging te verseker. Die formulering van verpleegdiensbeleid is egter in taak wat deelnemende besluitneming verg. DiVincenti (1986: 106-107) beveel in hierdie verband die samestelling van in komitee aan. Hierdie komitee is nie net verantwoordelik vir die formulering van beleid nie maar ook vir die beskikbaarstelling en interpretering van beleid vanaf hoër gesag. Die samestelling van beleidshandleidings, beide makrobeleid, soos wette en regulasies, en die beleid rakende die spesifieke gesondheids- en verpleegdiens, is van onskatbare waarde vir die verpleegkundiges.

Douglass (1984: 43) is die mening toegedaan dat beleidshandleidings as gehalteversekeringsinstrumente gebruik kan word: "there is a need to establish guidelines to ensure that nurses function at their capacity based on educational preparation and within legal limits."

Kirchhoff, Sylwestrak, Chenelly & McLane (1988: 51) ondersteun ook die gebruik van beleidshandleidings maar beklemtoon dat hulle prakties moet wees en die realiteit van die diens moet reflekteer. Kramer & Schmalenberg (1988b: 16-17) het bevind dat beleid in geborgenheidsbeleving by die verpleegkundige teweegbring, met dien verstande dat daar buigsaamheid vir eiesoortige besluitneming en probleemoplossing bestaan.

Beleid is dus waardevol mits die praktisyn se inisiatief nie gedemp word nie. Dit is dus essensieel dat die verpleegadministrateur beleidshandleidings sal laat saamstel betreffende die wette en regulasies wat die Suid-Afrikaanse verpleegkundige se praktyk rig, asook die eiesoortige beleid wat op die betrokke gesondheidsdiens van toepassing is.

Stevens (1983: 89) is die mening toegedaan dat die gebruiksnut van handleidings afhang van die wyse waarop dit saamgestel en gestruktureer is. Stevens (1983: 85) waarsku ook dat beleidshandleidings toeganklik moet wees wat beteken dat desentralisering belangrik is. Dit impliseer dat die beleidshandleidings in die toepaslike verpleegeenhede beskikbaar moet wees.

#### e) Prosedures

Prosedures weerspieël die prosesstandaarde in 'n organisasie en impliseer die bestuurshandelinge wat poog om gehalteslewing te bewerkstellig (Koontz et al., 1984: 110). Dit is die taak van die verpleegadministrateur om die formulering van standaarde in haar/sy diens te ondersteun as deel van die gehalteversekeringsprogram (Kitson, 1988: 28).

Kitson (1988: 28) beklemtoon die ondersteuningsrol van die verpleegadministrateur in die formulering van standaarde: "The role of the nurse manager is to support and facilitate this activity, providing guidance and practical help rather than imposing externally contrived standards •."

struktuurstandaarde word in die vorm van beleidshandleidings en prosesstandaarde in die vorm van prosedurehandleidings aan die verpleegkundige beskikbaar gestel ten einde gehalteslewing in die hospitaal te rig.

#### f) Programbeplanning

"'

Beplanning kulmineer in die opstelling van 'n program waarin aangeskop word watter handelinge vir die uitvoering van die plan nodig is. 'n program verwys na die groepering van verbandhoudende bedrywighede wat op die bereiking van die beplanningsdoelwitte gerig is. Die wyse waarop die doelstellings bereik gaan word moet in die vorm van 'n program van aksies voorgestel word. Die programbeplanning sluit ook doelwitte, werksverdeling, keurdatums, beleidstandpunte en selfs reëls in (Koontz et al., 1984: 111).

#### g) Begroting en brontoewysing

Begroting verwys volgens Andrews (1982: 65) na die finansiële plan wat die verwagte inkomste en uitgawes vir 'n spesifieke boekjaar weerspieël. Die doelstellings word in die vorm van verwagte resultate, in numeriese vorm, gekwantifiseer: " --- the principle advantage of budgeting is that it makes people plan; and because it is usually in the form of numbers, it forces a degree of definiteness in planning" (Koontz et al., 1984: 113).

GillieS (1982: 77) omskryf In begroting as die toewysing van skaars bronne volgens voorafbepaalde behoeftes en voorgestelde programme en aktiwiteite, vir In bepaalde periode.

Die begroting bestaan uit In voorbereidings-, magtigings- en uitvoeringsfase. In die voorbereidingsfase is die verpleegadministrateurs verantwoordelik vir die beraming van verpleegbehoefte wat vervolgens in die vorm van In voorstel aan die bestuur voorgele word. Nadat magtiging verleen is, is die verpleegadministrateur aanspreeklik vir die effektiewe uitvoering van die begroting. Hierdie aanspreeklikheid impliseer ook dat die nodige beheer uitgeoefen word (Andrews, 1982: 66-73).

Privaathospitale het In buigsame begrotingstelsel gebaseer op korttermynbehoefte eerder as op In jaarlikse begroting. Dit is egter belangrik dat die verpleegadministrateur In inset in die opstel van die begroting, wat verpleegkundige dienslewering beïnvloed, sal maak.

#### **h) Slotopmerkings**

Dit blyk uit die voorgaande dat Koontz et al (1984: 105) se beplanningshierargie as basis vir die verpleegadministrateur se beplanningshandelinge kan dien. Bo en behalwe hierdie handelinge is die verpleegadministrateur in In'privaathospitaal verantwoordelik vir In veilige noodbeplanningstelsel, asook vir die effektiewe bestuur van verandering, wat vervolgens kortliks deurskou sal word.

##### **2.6.1.3 Noodbeplanning**

Alhoewel privaathospitale nie noodwendig pasiente wat tydens In ramp beseer is, ontvang nie, moet die verpleegadministrateur voorsiening maak vir die hantering van interne rampe, asook In gebeurlikheidsplan opstel, vir die hantering van personeelkrisissituasies.

Die noodplan verwys na die algehele plan om enige noodsituasie, insluitende In kragonderbreking en die opskorting van die watertoevoer te beheer. Die rampplan is daardie gedeelte van die noodplan wat voorsiening maak vir die hantering van verskeie pasientkrisissituasies. Die gebeurlikheidsplan daarenteen, is daardie gedeelte van die noodplan wat voorsiening maak vir die hantering van personeelkrisissituasies

(Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988b).

'n Suksesvolle rampplan is, volgens Mellish (1985: 238-242), afhanklik van die volgende beginsels:

- 'n geskrewe noodplan wat die rol van die verpleegdiens en die toepaslike gesagslyne uitbeeld;
- 'n geskrewe verpleegdiensbeleid ten tye van In nood-situasie;
- die daarstelling van 'n effektiewe kommunikasienetwerk en noodbeheersentrum in die hospitaal;
- 'n stelsel waarvolgens personeel vir nooddiensverrigting geroep kan word;
- 'n beleid en prosedure vir noodtoerusting en -voorraad;
- goeie beplanning;
- beskikbaarheid en kennis van die plan, wat deurlopende opleiding van personeel behels;
- gereelde toetsing en her-evaluering van die plan;
- samewerking tussen alle personeel en departemente;
- kalme hantering en bewys van leierskap tydens 'n nood-situasie.

Die doel van die gebeurlikheidsplan is om vir die bestuur van die verpleegdiens in 'n hospitaal voorsorg te maak, waar groot getalle verpleegpersoneel vrywillig wegbly of gedwing word om van diens weg te bly en pasiënte dus van verpleging ontnem word. Elke hospitaal moet 'n plan ontwerp wat vir sy spesifieke fasiliteite, vermoens en unieke omstandighede voorsiening maak, "

Die volgende beginsels is waardevol vir oorweging deur die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal:

- die samestelling van 'n verpleegkomitee wat gemoeid is met die ontwerp van 'n verpleeggebeurlikheidsplan;
- die formulering van 'n gebeurlikheidsbeleid vir die verpleegdiens, met inagneming van die huidige politieke situasie en tendense, om voorsiening te maak vir pro-aktiewe optrede: hierdie beleid moet voorsiening maak vir indemniteit, afwesigheid as gevolg van onluste, outomatiese vrystelling van diens aan sekere teikengroepe op probleemgerigte tye, en die vermindering van chirurgiese ingrepe op sulke probleemdade;

die daarstelling van aflosverpleegspanne, wat selfs ander hospitale in die omgewing behulpsaam kan wees. Si skakeling met intergroep- en burgerlike beskermings-organisasies om die nodige ondersteuning te verkry. In plan vir die verskaffing van voldoende hulpdienste soos kombuis-, wassery- en skoonmaakdienste (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988b).

In Gebeurlikheidsplan en die vermoë om verskillende vlakke van gereedheid tot aksie te implementeer, is noodsaaklik vir die doeltreffende bestuur van 'n personeelkrisissituasie. Die verpleegpersoneel moet ten volle ingelig en opgelei wees om met verantwoordelikheid en die nodige professionalisme op te tree. Gesimuleerde oefening is belangrik en evaluering van die effektiwiteit van die plan is noodsaaklik.

#### **2.6.1.4 Die bestuur van verandering**

Verandering is deel van elke organisasie se samestelling. Dit word deur Gillies (1982: 346) as enige afwyking van die status quo omskryf en behels dus die beweging van een stelsel na 'n ander. Verandering geskied egter op drie vlakke, te wete eerste-, tweede- en derdevlakverandering. Eerstevlakverandering behels slegs 'n houdingsverandering in 'n persoon. Tweedevlakverandering is gerig op die verandering van 'n individu se gedrag, terwyl derdevlakverandering 'n komplekse verandering binne 'n organisasie impliseer (Gillies, 1982: 347).

Suid-Afrikaanse privaathospitale ondergaan tans dinamiese veranderinge en die verpleegadministrateur moet daagliks oor verandering ten opsigte van verskeie aspekte besin.

Lewin (Gillies, 1982: 348) se veranderingstrategie is seker een van die mees bekendste strategieë en bestaan uit drie fases, te wete:

- \* **Ontvriesing:** in hierdie fase propageer Lewin die geleidelike suggerering van verandering waartydens die strukture, wat die status quo handhaaf, tot positiewe verandering beïnvloed word en programbeplanning plaasvind.

- \* Verandering: hierdie is die implementeringsfase waartydens die huidige stelsel na die nuwe stelsel verander word.
- \* Hervriesing: in hierdie fase word die kragte wat die verandering sal stabiliseer, versterk en aanspooringstelsels benut (Gillies, 1982: 348).

Verandering in 'n organisasie ontketen 'n sekere mate van weerstand. Davis & Newstrom (1985: 245) identifiseer drie tipes:

logiese, rasionele besware soos tyd, koste en die lewensvatbaarheid van die verandering;  
 psigiese en emosionele houdings wat vrees vir die onbekende, bedreigdheid, gebrek aan ondersteuning en sekuriteit insluit;  
 sosiologiese faktore wat groepbelange, opponerende groepwaardes, en 'n bedreiging van groepskohesie insluit.

Tydens die bestuur van verandering is dit noodsaaklik dat die verpleegadministrateur weerstand teen verandering by die individue sal verminder. Die ontwerp en implementering van 'n verpleegkundige gehalteversekeringstelsel in 'n privaat-hospitaal, is 'n verandering wat sistematies, met aandag aan die nodige beginsels, gehanteer moet word.

Suksesvolle verandering hang volgens verskeie outeurs, van die volgende beginsels af:

die gebruik van die wetenskaplike metode van beraming, beplanning, implementering en evaluering;  
 deelname deur die ondergeskiktes in die voorafgaande proses sodat groepdruk positief benut kan word;  
 geleidelike implementering met behulp van effektiewe en toepaslike ondersteuningstelsels;  
 effektiewe en toepaslike voorbereiding en opleiding vir verandering;  
 leierskap wat 'n klimaat van emosionele en psigiese ondersteuning verseker;  
 die daarstelling van erkenning- en aanspooringstelsels wat motivering tot optimale doelbereiking kan bevorder;



effektiewe kommunikasie aan die hand waarvan die veranderingsproses gemoniteer kan word ten einde die nodige sekuriteit aan die personeel te verskaf (Gillies, 1982: 350-363; Haffer, 1986: 18-22; New & Couillard, 1981: 17-20; Spradley, 1980: 32-37).

#### **2.6.1.5 Slotopmerkings**

Beplanning is 'n bestuurshandeling wat die basis vir 'n hoë gehalte verpleging in 'n privaathospitaal neerleë en kognitiewe vaardighede vereis ten einde feite te versamel, te interpretere en 'n plan van aksie op te stel. Dit is raadsaam om genoeg tyd aan beplanning as bestuurshandeling te skenk: "Die planne van die vlytige is net tot voordeel, maar elkeen wat oorhaastig is, kom net tot gebrek" (Spreuke 21: 5).

#### **2.6.2 organisering**

##### **2.6.2.1 Algemene oorsig**

Organisering as bestuurstaak impliseer die sistematiese strukturering van die funksies wat nodig is om 'n bepaalde doel te verwesenlik. Die kern van organisering is gesetel in die skep van 'n organisatoriese struktuur om sodoende doeltreffende werkverrigting wat tot doelverwesenliking sal lei, te bewerkstellig (Andrews, 1982: 43).

Arndt & Huckabay (1980: 73) beskryf organisering as die tweede konseptuele funksie in die administratiewe proses. Dit impliseer die uitvoering van die planne om doelstellings te bereik. Organisering is die proses waardeur aktiwiteite gegroepeer word en waardeur 'n werkverhoudingstruktuur, bevorderlik vir gemeenskaplike doelbereiking, daargestel word. Dit is dus die wyse waarop aktiwiteite uitgevoer word sodat doelbereiking suksesvol kan plaasvind: "The term implies a formalized intentional structure of roles or positions" (Koontz et al., 1984: 230).

Gillies (1982: 115-116) en Koontz et al. (1984: 370-371) beklemtoon die volgende beginsels wat die verpleegadministrateur in hierdie bestuurshandeling in ag behoort te neem:

die handhawing van balans in die toepassing van organisatoriese tegnieke om die organisasie se doelstellings te bereik;

buigsaamheid in die organisatoriese struktuur vir die bevordering van doelbereiking;  
 gesagstoekenning wat bevorderlik is vir die ontwikkeling van leierskapmoontlikhede;  
 toesighoudingspanwydte wat die basis vir verantwoordelike interaksie tussen die ondergeskiktes en toesighouers vorm;  
 organisatoriese sentralisasie wat ontstaan wanneer die toesighouer se verantwoordelikhede, gesag en spanwydte van beheer toeneem.

uit die voorafgaande kan dus afgelei word dat organisering die volgende bestuurshandelinge behels:

die bepaling van aktiwiteite wat benodig word om die organisasie se doelstellings te bereik;  
 die sinvolle groepering van hierdie aktiwiteite in departemente of afdelings;  
 die toewysing van departementele verantwoordelikhede aan 'n bestuurder;  
 die delegering van gesag om hierdie verantwoordelikhede en aktiwiteite uit te voer;  
 die koördinering van aktiwiteite, gesag en inligting op beide die horisontale en vertikale vlakke in 'n organisatoriese struktuur (Koontz et al., 1984: 65).

Die resultaat van organisering is dus die daarstelling van 'n organisatoriese struktuur waardeur 'n omgewing van geordende menslike werkverrigting geskep word. Die verskillende organiseringshandelinge wat vir 'n verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal tersaaklik is, sal vervolgens kortliks bespreek word.

#### **2.6.2.2 Organisasiestruktuur**

Die uitvoering van die bestuurshandeling vind in 'n sekere organisasiestruktuur plaas. Douglass (1984: 37) omskryf organisasiestruktuur as 'n aantal elemente wat die funksionering van individue, groepe en departemente uitbeeld. Dit is dus diewysse waarop 'n groep saamgestel word, die kommunikasiekanale gestruktureer word, gesagstoekenning plaasvind en die spanwydte van beheer uitgebeeld word: "Organizational structure refers to the process or way a group is formed, its channels of authority, span of control, and lines of communication" (Douglass, 1984: 37).

Gillies (1982: III) waarsku dat die organisatoriese struktuur van In verpleegdiens op die doelstellings van die instelling asook op die filosofieën doelstellings van die verpleegdiens gebaseer moet word.

Koontz et al (1984: 231-234) onderskei tussen die volgende organisatoriese strukture:

- \* Informele en formele organisasie: gerig op die aard van formele en informele kommunikasiestrukture, die sosiale doelwitte van groepe, en die wyse van doelwitbereiking.
- \* Burokratiese en demokratiese strukture: volgens die aard van die gesagstelsel wat binne die organisasie geld. Die burokratiese struktuur is baie formeel, gebaseer op 'n omvangryke gesagstelsel gekenmerk deur reëls en regulasies, en onpersoonlikheid as gevolg van die formele gesagsverhouding. Die demokratiese struktuur is meer gerig op die menslike element binne die organisasie. Die besluitneming- en bestuurstyl is hier meer deelnemend van aard.
- \* Sentralisasie en desentralisasie: die wysewaardeur praktyke gestandaardiseer word. Die wyse van gesagstoekenning op operasionele vlak is dus ook hier van belang.

In Verpleegdiens word hierargies in horisontale en vertikale strukture verdeel. Horisontale arbeidsverdeling is daarop gemik om in instelling in funksionele onderafdelings te verdeel sodat elke afdeling in bydrae tot die bereiking van die oorhoofse doelwit kan lewer. Afsonderlike afdelings word onderneem met die doel om vir die basiese lyn-, staf- en hulpfunksies voorsiening te maak (Andrews, 1982: 44). Horisontale verdeling in 'n privaathospitaal illustreer die verskillende verpleegeenhede - die personeelontwikkelingsafdeling, asook die hulpdienste soos "die sentrale sterilisasie-afdeling, met hul onderlinge staffunksies.

Vertikale arbeidsverdeling word onderneem om in elke afdeling 'n spesifieke hierargiese struktuur te skep waarvolgens funksionele bedrywighede ordelik gerangskik kan word. Die lynfunksies word duidelik uitgespel en die kommunikasiestrukture word derhalwe uitgebeeld (Andrews,

1982: 46). 'n organisatoriese struktuur word sodoende geskep en weerspieël die patroon waarvolgens individue in 'n instelling gerangskik is, die toepaslike eenheid van gesag in elke afdeling, asook die spanwydte van beheer (Andrews, 1982: 46).

Gillies (1982: 112) wys daaropdat die organisatoriese struktuur van 'n verpleegdiens diagrammaties, in die vorm van 'n organogram, voorgestel behoort te word. Duidelike uitbeelding van die lyn- en staffunksies, asook die spanwydte van beheer, is noodsaaklik. Hierdie outeur beklemtoon voorts die belangrikheid van gesagstoekenning aan die verpleegadministrateur vir die bestuur van die verpleegdiens. Hierdie gesagstoekenning moet nie net in die verpleegadministrateur se werkbeskrywing uitgebeeld word nie, maar ook in die organisasiestruktuur.

### **2.6.2.3 Arbeidsverdeling**

Arbeidsverdeling impliseer die verdeling van funksies in kleiner, funksionele eenhede. Hierdie verdeling van funksies vind plaas volgens:

- die spesifieke doelwit van die afdeling, byvoorbeeld paediatriese verpleging;
- die produk wat gelewer moet word, gefokus op die vaardigheidsvereistes van die individu;
- die geografiese uitleg van die departement;
- kenmerke soos die etniese groep, geslag, ouderdom, ensovoorts van die werknemer en gesondheidsdiensverbruiker (Andrews, 1982: 44).

Die verpleegadministrateur is dus verantwoordelik vir 'n doelgerigte arbeidsverdeling in die verpleegdiens. Andrews (1982: 46) stel dit soos volg: "Doelwitbereiking is slegs moontlik indien die betrokke individue se bedrywighede ordelik en stelselmatig verloop." Hierdie ordelike verloop realiseer organisatories deur middel van die daarstelling van 'n organisatoriese struktuur in die diens, werkbeskrywings (vergelyk 2.6.5.2) en diensskedulering.

Alvorens 'n organisasiestruktuur volledig opgestel kan word, moet die verpleegadministrateur 'n volledige betrekkingbepaling en posklassifisering uitvoer, waarvolgens doelbereiking deur die daarstelling en klassifisering van

spesifieke poste georden word. Vervolgens moet die werkbeskrywings en -spesifikasies aan posbekteers gekoppel word. Hierdie bestuurshandelinge word, ter wille van beskrywende doeleindes, in 2.6.5.2 bespreek.

Diensskedulering verwys' na die toewysing van dienste/skifte, en speel 'n belangrike rol in die lewering van hoë gehalte verpleging. Diensskedulering kan sentraal, deur middel van 'n gerekenariseerde stelsel, of gedesentraliseerd deur die verpleegeenheidsbestuurders self, uitgevoer word. Die mees toepaslike model, byvoorbeeld siklus of fleksieskedulering, word geselekteer (Gillies, 1982: 212).

#### **2.6.2.4 Delegering**

Delegering is daardie handeling waardeur die toesighouer die uitvoering van 'n taak of aktiwiteit aan 'n ondergeskikte oordra. Die toesighouer behou altyd die aanspreeklikheid vir die uitvoering van die gedelegeerde taak (Andrews, 1982: 52).

Om die taak te kan uitvoer is dit egter belangrik dat die toesighouer die nodige verantwoordelikheid en gesag vir operasionele besluitneming, sal deleger (Koontz et al., 1984: 307). Die verpleegadministrateur in 'n privaat-hospitaal bly dus aanspreeklik vir die gehalte verpleging wat gelewer word.

#### **2.6.2.5 Verpleegmodaliteit**

In Verpleegmodaliteit is die gestruktureerde patroon waarvolgens verpleegkundiges toegewys word vir die verpleging van pasiënte. Hierdie patroon kan volgens verskeie modelle realiseer, te wete die funksionele, gevalletoewysing-, spanverpleging-, primere en modulere verpleegmodaliteit (Gillies, 1982: 172-176).

Die funksionele metode van toewysing het vanuit die klassieke wetenskaplike bestuursbenadering ontstaan wat effektiwiteit van taakuitvoering en ekonomiese doelbereiking beklemtoon. Die fokus is hier op die effektiewe uitvoering van prosedures, wat gefragmenteerde verpleging tot gevolg kan hê en die gehalte van verpleging derhalwe negatief kan beïnvloed (Gillies, 1982: 173-174; Marriner, 1984: 118).

In die gevalletoewysingsmodaliteit word een, of in klein groepie pasiënte, aan een verpleegkundige toegewys vir totale verpleging. Hierdie metode is veral in kritieke sorgeenhede gewild waar daar in hoë intensiteit van verpleging per pasiënt vereis word. Verpleegkundiges wissel egter en die pasiënt behou nienoodwendig dieselfde verpleegkundige(s) nie (Marriner, 1984: 117).

In spanverpleging word in groep pasiënte aan in span verpleegkundiges toegewys. Die spanleier aanvaar verantwoordelikheid vir die groep pasiënte. Spanverpleging dra volgens Marriner (1984: 119) by tot die werksbevrediging van die personeel.

Gillies (1982: 174) waarsku dat die sukses van spanverpleging, en derhalwe die gehalte van verpleging, afhanklik is van die groepskonstruksie en die groepleier se vermoë om groepsdinamika toe te pas.

Primêre verpleging is gebaseer op die desentralisering van besluitnemingsgesag en aanspreeklikheid vir verpleging. Die onderliggende filosofie van hierdie modaliteit is gegrond op deurlopende, omvattende, gekoördineerde en pasiëntgesentreerde verpleging. In primêre verpleegkundige, wat in vakspesialis is, word aan in groep pasiënte toegewys en het volle besluitnemingsgesag ten opsigte van die pasiënte se verpleegsorgplan, alle verpleegtussentrede wat uitgevoer word, en konsultasie met die pasiënt en ander multi-professionele spanlede, vanaf opname tot ontslag (Marriner, 1984: 121).

Modulêre verpleging is volgens Gillies (1982: 176) in kombinasie van span- en primêre verpleging. Die primêre verpleegkundige tree as die spanleier op om die verpleging deur in span verpleegkundiges te begelei.

In hoë gehalte verpleging in in verpleegdiens word dus, onder andere, deur die gekose verpleegmodaliteit beïnvloed. Die verpleegadministrateur het in verantwoordelikheid om die mees toepaslike modaliteit as beleid in haar/sy diens, volgens die waardesisteen van die verpleegdiens, te aanvaar en te implementeer.

#### 2.6.2.6 Kommunikering

Kommunikering word deur Gillies (1982: 119) beskryf as die oordrag van inligting en opinies tussen persone. Dit vereis beide die inisiering van 'n boodskap deur die sender en die ontvangs, dekodering en persepsie van die boodskap deur die ontvanger. "All work of a human group is carried on through and because of communication between workers" (Gillies, 1982: 119).

'n Verpleegdiens word gekenmerk deur beide opwaartse en afwaartse kommunikasie. Die daarstelling van 'n effektiewe kommunikasienetwerk is essensieel. Suksesvolle kommunikasie ten einde 'n hoë gehalte verpleging te verseker is volgens Douglass (1984: 156-163) afhanklik van die volgende:

- die daarstelling van 'n formele kommunikasiestelsel op grond van die reikwydte en behoeftes van die besondere instelling;
- die handhawing van 'n balans tussen verbale en geskrewe kommunikasietegnieke;
- 'n inligtingstelsel waarvolgens beleidsveranderinge, standaarde en besluite aan die personeel op 'n vinnige, akkurate, verstaanbare en volledige wyse oorgedra kan word;
- die daarstelling van 'n terugvoeringsmeganisme waarvolgens die resultate van werkverrigtingevaluering aan die ondergeskiktes bekendgestel word;
- om personeel so goed as moontlik ingelig te hou rakende werksverwante aspekte;
- die handhawing van 'n oop kommunikasiestelsel wat terugvoering stimuleer;
- die benutting van die informele kommunikasiestelsel deur die leiers te identifiseer en by komitees te betrek.

Die daarstelling van 'n komiteestelsel, waarvan vergaderings 'n belangrike kommunikasiemedium vorm, word ter wille van beskrywende doeleindes, as deel van koördinerende as 'n bestuurshandeling bespreek.

#### 2.6.2.7 Koördinerings

Koördinerings verwys na die gekombineerde pogings van verskeie spesialiste, elkeen werksaam in sy eie afdeling, om eenheid na te streef, sodat die doel van die instelling optimaal bereik kan word (Andrews, 1982: 55).

Die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal kan effektiewe koördinerings verseker deur die hou van gereelde vergaderings tussen die toesighouers, die instelling van 'n toepaslike komiteestelsel as koördineringsliggaam, en die ontwikkeling van 'n effektiewe kommunikasieselsel tussen die verpleegadministrateur en die verskillende toesighouers.

Trecker & Trecker (1979: 91) definieer 'n komitee as 'n persoon of 'n groep persone wat aangestel of verkies word om sekere funksies in die organisasie te vervul, soos om 'n aspek te ondersoek, verslag daaroor te lewer, of selfs op te tree. Hierdie outeurs is van mening dat enige komitee wat deur die groep verkies of aangestel is, 'n wettige liggaam in die organisasie is aan wie die gesag vir besluitneming en/of aanbevelings toevertrou is.

Komitees word volgens hul funksies hoofsaaklik geklassifiseer as adviserende of beleidmakende komitees. Om hierdie rede beveel Trecker & Trecker (1979: 95-96) klein, werk-bare komitees aan sodat die samestelling van subkomitees tot die minimum beperk kan word.

'n Suksesvolle komiteestelsel is volgens Trecker & Trecker (1979: 104-145) afhanklik van die volgende:

- die komitee moet 'n bestaansreg hê;
- die naam, doelstellings en funksionele bevoegdhede van die komitee moet duidelik omskryf word;
- daar moet besluit word of dit 'n staande of spesiale komitee sal wees;
- die kundigheid wat van komiteelede verwag word, moet omskryf word sodat die regte lede verkies en aangestel kan word;
- 'n oriënterings- en opleidingsprogram moet aan lede beskikbaar gestel word;
- die samestelling en bevoegdhede van komiteelede moet omskryf word;



die verantwoordelikhede en aanspreeklikheid van die komiteelede moet uitgespel word;  
 die begrotingsbron en -beleid moet uitgeklaar word;  
 die daarstelling van 'n formele kommunikasiestelsel tussen die komiteelede, na die bestuur en ondergeskiktes, is belangrik vir die oorlewing van die komitee;  
 die toepaslike vergaderingprosedures moet omskryf word;  
 die notule van die vergadering moet vordering en sinvolle besluitneming reflekteer;  
 'n sakelys moet vooraf beskikbaar gestel word;  
 die voorsitter moet in staat wees om groepsdinamika suksesvolle hanteer.

Die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal het dus 'n belangrike koördineringsfunksie. Alhoewel die grootte van privaathospitale in Suid-Afrika tans tot 'n maksimum van ongeveer vier honderd beddens beperk is, is die ondersteuningsdienste nie so gespesialiseerd soos in provinsiale en staatshospitale nie, wat 'n hoë intensiteit van koördinerings verg.

#### 2.6.2.8 Slotopmerkings

Organisering is die sistematiese strukturering van funksies wat nodig is om 'n bepaalde doelte verwesenlik. Organisering is voorts 'n ingewikkelde funksie wat uit verskeie interafhanklike prosesse bestaan. Andrews (1982: 59) beklemtoon dat dit 'n gespesialiseerde funksie is, en dat die menslike dimensie altyd in berekening gebring moet word. Om 'n hoë gehalte van verpleging in 'n privaathospitaal te verseker, het die verpleegadministrateur by uitstek organisatoriese bestuursvaardighede nodig.

#### 2.6.3 Leidinggewing

##### 2.6.3.1 Algemene oorsig

Die bereiking van gemeenskaplike doelwitte is onderhewig aan die samewerking van mense in groepe. Eike groep werknemers staan gewoonlik onder die toesig en leiding van 'n werknemer wat weens besondere prestasie tot die hoedanigheid van toesighouer bevorder is.

Leidinggewing impliseer volgens Gillies (1982: 285) die doelgerigte beïnvloeding van 'n groep mense vir suksesvolle doelbereiking. Moloney (1979: 11) onderskryf hierdie siening en definieer leidinggewing as " ... an interpersonal process of influencing the activities of an individual or group toward goal attainment in a given situation."

Vir Koontz et al. (1984: 65) lê die uitdaging van die leidinggewende funksie nie net in die doelbewuste beïnvloeding van die volgelinge nie, maar ook in die vermoë om hierdie volgelinge tot entoesiasme teenoor hul werkverrigting te lei.

Arndt & Huckabay (1980: 92) sien leidinggewing as die fisiese aksie in die administratiewe proses en is van mening dat die leidinggewende bestuurshandeling die kern van suksesvolle bestuur is: "It is through the directing function of the physical act that the grand strategy of an organisation unfolds."

Kotzé (1979: 124) definieer die begrip begeleiding as die ondersteuning, aanvulling en beskerming van die afhanklike tot selfstandigwording. Die doel van begeleiding sentreer om selfstandigwording van die hulpsoekende persoon en oorbodigmaking van die hulpverleners. Dit impliseer dus die wek van 'n verantwoordelike gevoel by die volgelinge en die bereidwilligheid om tot selfverwesenliking te kom.

Leidinggewing, leierskap en begeleiding is dus konsepte wat deur outeurs gebruik word om hierdie bestuurshandeling te beskryf. Uit 'n omvattende ondersoek na leierskap kom Schilbach (1983: 18) tot die gevolgtrekking dat leierskap soos volg gedefinieer kan word: "Leierskap is 'n interpersoonlike proses waardeur 'n leier die aktiwiteite van individue of groepe deur middel van kommunikasie rig op doelbewuste nastrewing van gegewe doelwitte binne 'n bepaalde situasie."

Die beoefening van leierskap is sekerlik een van die mees kritiese bestuurshandeling van die verpleegadministrateur. Douglass (1984: 143) sien dit as die kernskakel tussen organisering en doelbereiking: "Directing is the connecting link between organizing for work and work accomplishment."

Daar word sekere voorwaardes vir effektiewe leierskapgedrag gestel. Douglass & Bevis (1983: 338-381) omskryf hierdie voorwaardes soos volg:

- selfkennis, dit wil sê identifisering van eie behoeftes, vermoens, motiewe en responsej
- die mensbeskouing van die leier, gegrond op die leier se filosofiese benadering, met inagnome van die kulturele diversiteit van sy volgelingej
- kennis van die werk: leierskap impliseer In sekere kennisbank en beroepsvaardighede om In gevoel van sekuriteit aan die volgelinge te verskafj
- wedersydse respek om produktiwiteit en professionele groei by beide die leier en die volgelinge te bevorderj
- kennis van die ondergeskiktes se vermoens wat as basis vir effektiewe delegering en motivering dienj
- kommunikasiekanale: bestaande kanale moet effektief benut word; die inisiering van nuwe kanale om optimale interaksie tussen die leier en volgelinge te versekerj
- arbeidsmilieu: die skep van 'n geborgenheidsklimaat is essensieel in leierskapsbeoefening.

In teenstelling met die voorafgaande voorwaardes vir leierskapgedrag stel Kotzé (1979) die beginsels van begeleiding vanuit In ondersteuningsperspektief soos volg:

- \* Dit is doelbewuste en beplande ingryping om In afhanklike tot selfstandigheid te lei, dit wil sê tot uiteindelijke volle verantwoordelikheid vir eie optrede as volwaardige professionele verpleegkundige.
- \* Dit is In vertrouensbasis wat verdiep tot In vertrouensverhouding deur die begeleier se gebruikmaking van haarself, haar vriendelikheid en onvermoeide gewilligheid om die afhanklike tot hulp te wees
- \* Die begeleidingsgebeure berus op In spesifieke gesagsverhouding waarin die begeleier vertolker van die verpleegnorme is en oor 'n ruimer vakkennis beskik.
- \* Dit is aanvaarding van die afhanklike as moontlikheid en as 'n waardige, unieke persoon.
- \* Dit is wek vertroue en agting by beide die afhanklike en begeleier.

Vir Douglass (1984: 127-128) sentreer die verpleegadministrateur se leidinggewende verantwoordelikhede om die volgende vier aspekte:

- die regulerende: die handhawing van beleid, standarde, en beplande doelstellings;
- die korrektiewe: die neem van korrektiewe maatreels om disfunksieste herstel;
- die voorkomende: die antisipering van probleme;
- die bevorderende: gerig op die verbetering van die stelsel vir optimale doelbereiking.

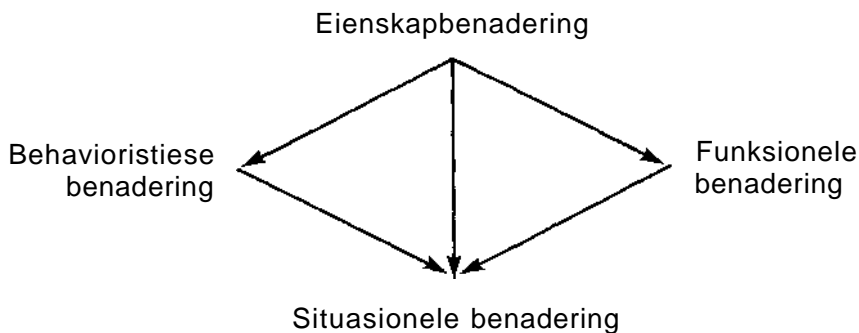
Rotem & Fay (1987: 28-29) is die mening toegedaan dat effektiewe leierskap sentreer om die vermoë van die leier om as 'n invloedryke rolmodel op te tree; besluite vinnig en akkuraat te neem; verantwoordelikheid vir eie optrede te aanvaar; beleid sonder vooroordele te interpreteer en die volgelinge tot entoesiasme en 'n hoë standaard van dienslewering te motiveer.

Leidinggewing is dus 'n belangrike bestuurshandeling wat hoë eise aan die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal kan stel. Om aan hierdie eise te kan voldoen benodig die verpleegadministrateur dus sekere kennis en vaardighede.

#### **2.6.3.2 Leierskapbenaderings**

'n Groot verskeidenheid benaderings tot leierskap word in die literatuur aangetref. 'n Leierskapbenadering is 'n klassifikasie van 'n aantal leierskapteorieë onder een kategorie vanweë die ooreenstemmende beginsels van daardie teorieë. Schilbach (1983:32) het 'n tipologie van leierskapbenaderings ontwerp om sinvolle bespreking daarvan te vergemaklik (vergelyk figuur 2.4).

**Figuur 2.4      'n Tipologie van leierskapbenaderings**  
(Schilbach, 1983: 32)



**a) Die leiereienskapbenadering**

Die leiereienskapbenadering spruit in hoofsaak uit die sogenaamde "great man theory" waarin navorsers oor leierskap gepoog het om kenmerke van suksesvolle leiers te bestudeer en daaruit in reeks ideale eienskappe op te stel waaraan in persoon se leierpotensiaal gemeet of voorspel kan word. Voorbeelde hiervan is onder meer in persoon se intelligensie en "n dinamiese persoonlikheid (Schilbach, 1983: 32). Alhoewel vele studies in dié verband uitgevoer is, is Gerber, Nel & Van Dyk (1987: 291) van mening dat hierdie teorie min gebruiksnut het.

**b) Die funksionele benadering**

Die funksionele benadering gaan van die veronderstelling uit dat in leier self nie iets tot stand kan bring nie maar dat hy afhanklik is van die groep of volgelinge. Daar word dus klem gelê op die groeppunksies wat in leier moet vervul. Die belangrikste aspekte van leierskap in hierdie benadering sentreer om dit wat die persoon in in leiershoedanigheid moet doen. Die vaardighede is dus gekoppel aan die aard van die werk wat gedoen moet word. Voorts impliseer hierdie benadering die leier se vermoë om die nodige groepinstandhoudingsfunksies te verrig, wat fokus op motivering, toesig-

houding en ondersteuning (Gerber et al., 1987: 292). Hierdie siening stem grootliks ooreen met die beginsels van leierskapsgedrag wat deur Douglass & Bevis (1983: 338-381) voorgestel word.

### **c) Die behavioristiese benadering**

Schilbach (1983: 48) meld dat die behavioristiese benadering tot leierskap, soos die funksionele benadering, ontstaan het as gevolg van ontevredenheid met die leiereienskapbenadering. Voorstanders van die behavioristiese benadering beklemtoon 'n ondersoek na die gedrag wat bestuurders openbaar of behoort te openbaar ten einde doeltreffend as leiers te kan funksioneer. Sodoende openbaar 'n leier in spesifieke styl van leierskap, ongeag die omgewingsveranderlikes of situasie (Gerber et al., 1987: 293).

In hierdie benadering word hoofsaaklik onderskeid gemaak tussen die outokratiese, demokratiese en laissez faire-leierskapstyle. Sekere teorieë oor leierskap, byvoorbeeld die bekende leierskapmatriks van Blake & Mouton (1985) word ook onder hierdie benadering beskryf.

Die outokratiese leier bepaal self die beleid en gee persoonlik opdragte aan die ondergeskiktes. Hierdie leier is volgens Douglass (1984: 21) egter baie taakgerig, ten koste van verhoudinge. Hierdie leier is ook geneig om baie "ek"-gerig te wees en doelbereiking is dus meer gerig op die selfverwesenliking van die leier.

In demokratiese leierskap word besluite deur die groep geneem en die leier tree slegs as fasiliteerder op. Hierdie leier is meer "mens-georiënteerd" en verhoudings speel dus 'n groot rol in sy leierskapsgedrag. 'n Belangrike faktor is die feit dat die leier deur die groep verkies word, wat bepalend vir die leierskapsgedrag is (Douglass & Bevis, 1983: 346).

Die laissez faire-, of lostoomleierskapstyl, word deur Douglass (1984: 21) as 'n permissiewe styl beskryf waarin geen werklike leidinggewing plaasvind nie. Hierdie leiers kan 'n permissiewe of 'n ultra-liberale uitgangspunt hê waarin vryheid van keuse totaal aan die ondergeskikte oorgelaat word.

Schilbach (1983: 100) beskou Blake & Mouton (1978) se leierskapmatriks ook as 'n behavioristiese leierskapbenadering. Hierdie benadering het nuwe perspektiewe oor leierskapedrag verskaf en geniet volgens Gerber et al. (1987: 298) nog groot prominensie. Die leierskapmatriks bestaan uit twee dimensies, naamlik mensgerigtheid en taakgerigtheid. Taakgerigtheid word beskou as die aannames wat 'n leier maak ten opsigte van 'n verskeidenheid aspekte soos die gehalte van besluite, prosedures en prosesse. Mensgerigtheid word beskou as die aannames wat 'n leier maak ten opsigte van aspekte soos persoonlike betrokkenheid by doelwitbereiking, instandhouding van ondergeskiktes se selfvertroue en die handhawing van bevredigende interpersoonlike verhoudings (Blake & Mouton, 1978: 6-10).

Hoewel die leierskapedrag verskillende kombinasies van mens- en taakgerigtheid verteenwoordig, stel Blake & Mouton (1978: 9) dit duidelik dat daar 'n gesagshierargie is waarbinne die leier funksioneer en wat 'n invloed kan uitoefen op die aard van die mens- en taakgerigtheid.

Die betekenis van gerigtheid in hierdie model kan dus beskou word as 'n stel aannames waarvolgens formele gesag, soos verkry uit 'n leier se gesagsposisie binne die organisasie se gesagshierargie, gebruik word om mense en take in 'n besondere kombinasie saam te snoer om organisasiedoelwitbereiking na te streef.

Die behavioristiese leierskapteoretici propageer dus elk 'n sogenaamde "beste styl". Verskeie outeurs kritiseer die behavioristiese leierskapbenaderings op die volgende gronde:

een besondere leierskapstyl is nie altyd die beste onder alle omstandighede nie;

'n leier se aannames oor mense kan nie die enigste belangrike bepaler van sy leierskapdoeltreffendheid wees nie (Gerber et al., 1987: 294).

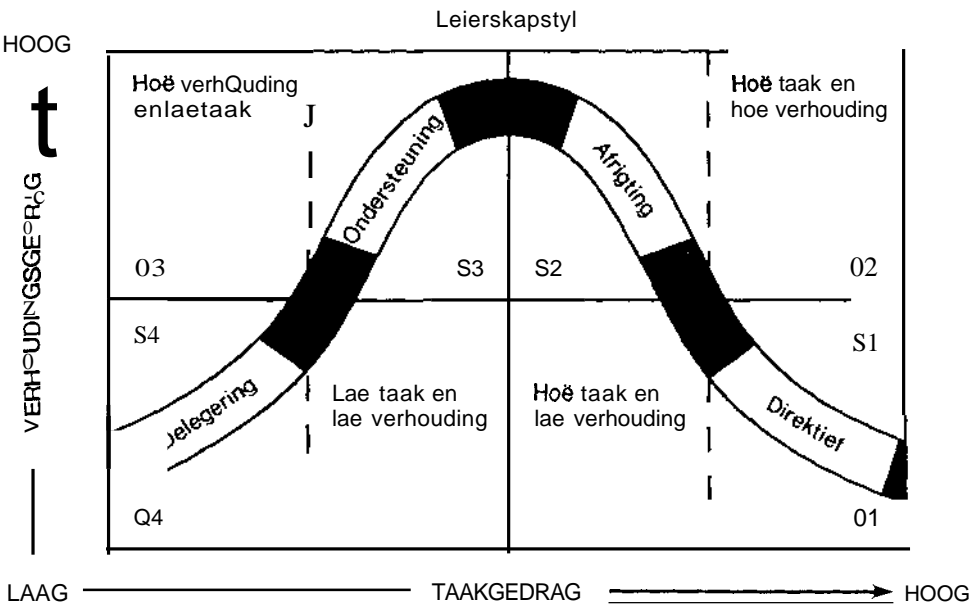
#### **d) Situasionele benadering**

Die situasionele benadering is vir Schilbach (1983: 183) en Gerber et al., (1987: 301-302) die aanvaarbaarste. Hierdie benadering propageer nie 'n "beste" leierskapstyl nie maar gaan van die veronderstelling uit dat die situasie 'n bepalende faktor vir die seleksie van die mees toepaslike

leierskapstyl is. Hierdie outeurs meld verder dat geen enkele leierskapstyl, of die uitvoering van sekere leierskapfunksies, of bepaalde leierseienskappe aanbeveel word as die beste onder alle omstandighede nie. Dit is juis vanwee hierdie plooibaarheid van die situasionele benadering dat dit in die huidige komplekse omgewing waarbinne Suid-Afrikaanse ondernemings figureer, so aanvaarbaar is.

Hersey & Blanchard (1982) se model word in figuur 2.5 skematies voorgestel. Die leier fokus op twee kernaspekte, te wete taak- en verhoudingsgedrag. Diesituasie word bepaal deur die aard van die taakuitvoering, dit wil sê die moeilikheidsgraad van die taak enersyds en die ondergeskikte se bevoegdheidsvlak, oftewel vlak van volwassenheid, andersyds (Gerber et aL,, 1987: 305).

Figuur 2.5 Skematiese voorstelling van Hersey en Blanchard se situasionele leierskapmodel (aangepas uit Hersey & Blanchard, 1982: 152)





Volgens Hersey & Blanchard (1982: 153) word hoë taakgedrag en lae verhoudingsgedrag bloot beskou as In vorm van een-rigtingkommunikasie tussen die leier en die ondergeskikte, waarin die leier deur middel van taakgedrag aan ondergeskiktes verduidelik wat om te doen en waar, wanneer en hoe dit gedoen moet word. In Direktiewe leierskapgedrag word dus openbaar.

In die tweede styl is hoë taakgedrag en hoë verhoudingsgedrag. aan die orde van die dag wanneer rigtinggewing steeds op In hoë vlak deur die leier aan ondergeskiktes gebied word. Die leier poog egter om deur middel van tweerigtingkommunikasie en sosio-ekonomiese ondersteuning sy ondergeskiktes te beïnvloed om besluite wat geneem is te aanvaar.

Die derde styl word gekenmerk deur hoë verhoudingsgedrag en lae taakgedrag waardeur die leier en sy ondergeskiktes, namate die ondergeskikte se bevoegdhede toeneem, gesamentlik deelneem aan besluitneming. Die leier, of toesighouer, bied nou In hoë mate van ondersteuning aan die ondergeskikte en besluitneming word stelselmatig aan die ondergeskikte gedelegeer (Hersey & Blanchard, 1982: 153)...'

Styl vier word verteenwoordig deur lae verhoudings- sowel as lae taakgedrag wat impliseer dat die leier sy ondergeskiktes deur middel van delegering toelaat om heeltemal selfstandige besluite te neem. .Die ondergeskikte is ten volle bevoeg om die taak te verrig, beskik oor die nodige selfvertroue en is bereidwillig om die taak uit te voer (Hersey & Blanchard, 1982: 154).

Die plooibaarheid van die situasionele leierskapbenadering maak dit veral in verpleging van groot waarde. Die diversiteit van die verpleegpraktyk verg'dus 'n situasionele leierskapbenadering deur die verpleegadministrateur.

### **2.6.3.3 Slotopmerkings**

In hierdie afdeling is gestel dat die beoefening van leierskap deur verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaathospitale 'n komplekse en uitdagende taak is. Leierskap word beskou as In interpersoonlike proses waardeur In leier die bedrywighede van individue of groepe deur middel van kommunikasie rig op die doelbewuste nastrewing van gegewe doelwitte binne 'n bepaalde situasie.

nit kan dus onomwonde gestel word dat leierskapbeoefening In kritiese faktor is in die suksesvolle bestuur van In verpleegdiens. Hierdie bestuurshandeling impliseer nie net bestuursvaardighede nie, maarook kennis van die verpleegpraktik: "As In blinde In blinde lei, val altwee in die sloot" (Matteus 15: 14).

#### 2.6.4 Beheer

##### 2.6.4.1 Algemene oorsig

Beheer is In proses waardeur die toesighouer verseker dat beplande aktiwiteite uitgevoer word en kristalliseer as daardie fisiese proses waardeur doelbereiking, deur middel van die toepassing van formele gesag, verseker word. Vir Arndt & Huckabay (1980: 106) is doelbereiking, deur middel van optimale bronbenutting, die primere doel van beheer.

Koontz et al. (1984: 549) definieer die beheerfunksie as die evaluering en regstelling van werkverrigting ten einde te verseker dat die doelwitte optimaal bereik word. Hierdie bestuurshandeling is die verantwoordelike van elke bestuurder, vanaf die eerste vlak-toesighouer tot topbestuur: " --- the primary responsibility for the exercise of control rests in every manager charged with the execution of plans" (Koontz et al., 1984: 550). Beheer is die nasien en evaluering van werk van individuele personeellede en groepe deur werkverrigting met gestelde standarde te vergelyk sodat regstelling kan geskied. Beheer bestaan dus uit kontrole sowel as verantwoordingdoening.

Douglass (1984: 257) onderskryf hierdie beskouing en definieer beheer as In deurlopende proses waardeur bestuurders verseker dat werklike werkverrigting deur individue en groepe volgens plan verloop: " ... a checkup to make sure that what is done is what is intended."

Koontz et al. (1984: 550) stel twee voorvereistes vir effektiewe beheer, te wete beplanning, in die vorm van planne, en In duidelike organisatoriese struktuur. Sonder planne is beheer nie moontlik nie: " --- controls must be based on plans, and the clearer, more complete, and more integrated plans are, the more effective controls can be."

Die kern van beheer lê voorts in die uitoefening van gesag. Daarom stel Koontz et al. (1984: 550) 'n duidelike organisatoriese struktuur as 'n tweede voorvereiste sodat die nodige remediërende maatreëls vroegtydig deur die verantwoordelike persoon geneem kan word: ..... we cannot know where the responsibility for deviations and needed action is unless organizational responsibility is clear and definite."

#### 2.6.4.2 Die beheerproses

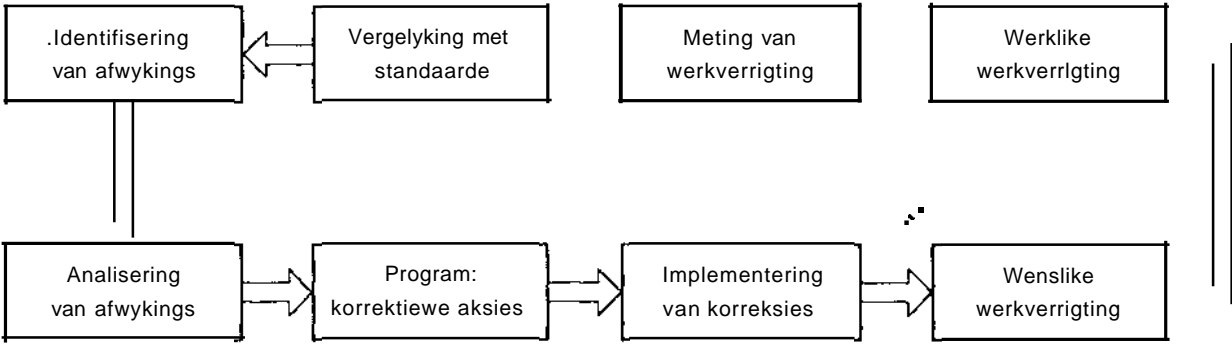
Die beheerproses word deur Douglass (1984: 257) beskryf as 'n stelsel van die daarstelling van standaarde, doelstellings en metodes, die evaluering van werkverrigting en vergelyking met gestelde standaarde en doelstellings en die neem van korrektiewe aksies, met ingebrip van die versterking van sterkpunte en die verbetering van swak punte.

Koontz et al. (1984: 551-553) ondersteun die bestaande beskouing en stel die beheerproses as 'n kibernetiese model voor. Die daarstelling van standaarde en kriteria is die eerste stap.. gevolg deur die evaluering van werkverrigting as die tweede stap. Koontz et al. (1984: 551) waarsku egter dat hierdie evaluering waardeloos is indien die retrospektiewe aard van die evaluering oorbeklemtoon word. Die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal moet ook deurlopende evaluering uitoefen sodat remediering onmiddellik kan plaasvind en ontoepaslike werkverrigting selfs voorkom kan word. 'n Inligtingsnetwerk moet daargestel word sodat 'n afwyking van die gestelde standaarde so gou as moontlik aangespreek kan word. In hierdie verband waarsku Koontz et al. (1984: 555) teen die gebruik van sogenaamde historiese data. Die fokus moet dus op onmiddellike remediering wees.

Die beheerproses is nooit volledig tensy remediërende maatreëls geneem word nie. Koontz et al. (1984: 552-553) wys daarop dat remediëring nie net op die ondergeskiktes moet fokus nie, maar ook remediëring deur die bestuurder self insluit. Indien doelwitte of standaarde nie optimaal bereik word nie, moet die verpleegadministrateur dus ook die bydraende faktore analiseer en remediëring, soos personeel-aanpassing, uitoefen. Hierdie beskouing sluit aan by Laing & Nish (1981) se model van gehalteversekering (vergelyk 3.6.5 en figuur 3.8).

Koontz et al. (1984: 554) som die beheerproses soos volg op: "To be sure, managers measure actual performance, compare this against standards, and identify and analyze deviations. But then, to make the necessary corrections, they must develop a program for corrective action and implement this program in order to arrive at the performance desired" (vergelyk figuur 2.6).

**Figuur 2.6** Skematiese voorstelling van beheer  
(aangepas uit Koontz et al., 1984: 554)



Dit impliseer dus dat die verpleegadministrateur in kommunikasienetwerk moet daarstel ten einde doelmatige beplanning van personeelontwikkelingsprogramme te verseker. Koontz et al. (1984: 555-556) waarsku teen die oormatige gebruik van historiese data maar beveel in toekomsgerigte beheer ingesteldheid aan. Beheer beteken juis nie om voortdurend na die verlede terug te kyk nie, maar eerder om pro-aktief op te tree.

Hierdie benadering sluit aan by Arndt & Huckabay (1980: 108-110) se beskouing wat beheer as pro-aktiewe, deurlopende, en reaktiewe beheer klassifiseer. Pro-aktiewe beheer fokus op die voorkoming van probleme of van In afwyking van gehalteslewing in die organisasie. Dit vereis dat die verpleegadministrateur die toepaslike beplanningshandelinge, soos die formulering van In missie, doelstellings, die nodige programbeplanning, beleidformulering en begrotingfunksies, uitvoer. Effektiewe organisering is In belangrike aspek van pro-aktiewe beheer. Die daarstelling van In organisatoriese struktuur, die bepaling van poste en kriteria vir die poste, die uitreiking van posomsrywings, asook die daarstelling van In effektiewe kommunikasienetwerk in die verpleegdiens, is gerig op pro-aktiewe beheer.

Deurlopendebeheer fokus op die huidige werkverrigting. Die verpleegadministrateur gebruik metodes wat die werklike uitvoering van planne op In daaglikse basis moniteer. Uiteraard speel die leidinggewende bestuurshandeling hier In kernrol. Dit vereis dat die uitvoering van beleid en standarde in die organisasie gemoniteer word en "onmiddellike remediering plaasvind, indien nodig (Arndt & Huckabay, 1980: 109).

Reaktiewe beheer is gerig op die remediering van aksies op grond van historiese data. Reaktiewe beheer vereis dus In gehalteversekeringsprogram in die verpleegdiens waardeur die gehalte van verpleging op In sistematiese wyse, deur middel van retrospektiewe evaluering, beoordeel word. Aspekte soos gehaltebeheer en koste-analisering is tersaaklik (Arndt & Huckabay, 1980: 110).

#### **2.6.4.3 Slotopmerkings**

Beheer is In bestuurshandeling wat pro-aktiewe, deurlopende en reaktiewe beheeraksies impliseer. Dit sluit aan by die proses van gehalteversekering wat in 3.9 volledig bespreek word.

## 2.6.5 Personeelbestuur

### 2.6.5.1 Algemene oorsig

In die Suid-Afrikaanse konteks kan die doelmatige en doeltreffende bestuur en benutting van die mannekraghulpbron nie oorbeklemtoon word nie. Dit is belangrik dat die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal daaraan 'n regmatige plek in die verpleegdiensbestuur toeken.

Personeelbestuur vorm 'n integrale komponent van die bestuurshandeling, te wete personeelbeplanning, die organisering van personeel, leidinggewing aan personeel, asook die beheer van personeel.

Om die literatuurverkenning te vergemaklik word personeelbestuur vir beskrywende doeleindes in hierdie studie afsonderlik bespreek.

Alhoewel die meeste outeurs mannekrag- en personeelbestuur as sinonieme gebruik, is Gerber et al. (1987: 2-3) die mening toegedaan dat mannekragbestuur na die makro-aspek van 'n land se totale mannekrag verwys, terwyl personeelbestuur slegs gerig is op die personeelfunksie binne ondernemingsverband. Die personeelfunksie impliseer 'n mikro-perspektief vanuit die organisasie.

Personeelbestuur word deur Andrews (1985: 11) beskryf as die bemoeienis met die menslike hulpbron in 'n organisasie en sluit personeelvoorsiening, personeelbenutting en besoldiging, personeelbehoud en personeelontwikkeling in. Gerber et al. {1987: 12} verdeel personeelbestuur in mannekragvoorsiening, mannekraginstandhouding en mannekragontwikkeling.

Suksesvolle personeelbestuur omvat, volgens Carrell & Kuzmits {1986: 18}, die volgende kenmerke:

In bewys van opregte besorgdheid oor mensei  
die daarstelling van goeie opleidings-, ontwikkelings-  
en bevorderingsmoontlikhede vir die personeel;  
goeie vergoedingspakette en -programme, insluitende  
kompeterende salarissei  
die behoud van personeel en 'n lae personeelomseti  
In goeie interne kommunikasienetwerk;

topbestuur se verbintenis tot die ondersteuning van personeel en erkenning van personeel as In waardevolle bate in die organisasie:  
die aanmoediging van personeeldeelname in besluitneming.

Die personeelbestuursfunksie sal vervolgens kortliks vanuit In verpleegkundige perspektief in privaathospitale onder die indelings personeelvoorsiening, personeelbenutting, personeelbehoud en personeelontwikkeling deurskou word.

#### 2.6.5.2 personeelvoorsiening

Personeelvoorsiening word volgens Andrews (1985: 16) moontlik gemaak deur die uitvoering van die prosesse van mannekragbeplanning, betrekkingbepaling en posklassifikasie, werwing, keuring en plasing van personeel.

Personeelvoorsiening in In organisasie word deur verskeie interne eneksterne faktore beïnvloed. Die interne faktore sluit aspekte soos die li99in9 van die organisasie, die aard vandienslewering, die organisasie se missie en doelstellingen, asook die tipe mense wat daar werk, in. Die opvoedkundige, sosio-kulturele, politieke en ekonomiese beperkinge is die belangrikste eksterne faktore wat personeelvoorsiening beïnvloed (Koontz et al., 1984: 387).

Gillies (1982: 171) sien die personeelvoorsieningsproses in verpleging soos volq's.

die identifisering van die tipe en hoeveelheid verpleging wat benodig word;  
die bepaling van die aantal verpleegpersoneel wat benodig word;  
die keuring en seleksie van personeel;  
die formele aanstelling van personeel.

Andrews (1985: 17) is verder die mening"toegedaan dat die instelling In behoorlike ontleding van die arbeidsmark moet maak. werwing is volgens hierdie outeur slegs moontlik indien die aanbod van arbeid na wense is. Ten einde die aanbod van verpleging in In privaathospitaal oor In gegewe tyd te kan antisipeer, moet ook gekyk word na die uitbreidingsmoontlikhede van dienste oor die volgende vyf tot twintig jaar. oit beteken dus dat projeksies oor lang-

termyn tydperke gemaak moet word.

Effektiewe personeelvoorsiening is volgens Gillies (1982: 170) 'n voorvereiste vir 'n hoë gehalte van dienslewering in 'n verpleegdiens. "n Ondervoorsiening van verpleegpersoneel lei tot swak gehalte van verpleging, die demoralisering van personeel, frustrasie en uitputting. 'n Oorvoorsiening van personeel lei weer tot verveling, interpersoonlike konflik en lae produktiwiteit.

Dit is verder ook belangrik om die poste verdeling op 'n wetenskaplike wyse uit te voer: "Working in a unit that has an improper mix of personnel creates role confusion, communication problems, and time waste" (Gillies, 1982: 179).

#### a) Bepaling van werklading

Verpleegkundige werklading word deur verskeie faktore beïnvloed. Gillies (1982: 182-185) is van mening dat die verpleegadministrateur beide die interne en eksterne faktore in ag moet neem. Die interne faktore sluit in pasient-sensus, bedbesettingsyfers, die pasiënt se behoeftes afhangende van sy akuutheidsvlak, die aard van die direkte verpleging wat gegee word, die rol wat tegnologie in verpleging speel, asook die indirekte verpleging, soos emosionele ondersteuning en pasientonderrig.

Eksterne faktore speel ook 'n rol. In hierdie verband waarsku Gillies (1982: 182) dat die verpleegadministrateur seisoensinvloede, die toepaslike wetgewing, gemeenskapsbehoeftes, tegnologiese vooruitgang, die pasiënt se opvoedingspeil, ekonomiese faktore, weersomstandighede en die potensiele gevaar van rampe tydens die bepaling van werklading in ag moet neem.

Die beplanning van verpleegpersoneel vereis dus 'n wetenskaplike metode waarvolgens die behoefte aan poste wat oor 'n vasgestelde tydperk verwag kan word, voorspel word. Ten einde realistiese voorspellings te maak, behoort die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal nie net die voorafgaande uitgangspunte ter harte te neem nie, maar 'n pasientklassifikasiesistelsel, waarvolgens werklading bepaal kan word, in werking te stel. Gillies (1982: 220) stel dit soos volg: "Experts agree that to improve quality and decrease cost of nursing care, managers must learn to define



workload more accurately and to assign numbers and types of personnel more appropriately."

'n Pasiëntklassifikasiesistelsel word deur Gillies (1982: 221) gedefinieer as 'n wetenskaplike metode waarvolgens pasierste op grond van die kompleksiteit en intensiteit van die verpleging benodig, 'gegroepeer word. Die pasiënt se afhanklikheidsgraad is 'n bepalende faktor. Die aantal verpleegure benodig word in die vorm van 'n numeriese telling gekwantifiseer sodat die volume en intensiteit van verpleging bepaal kan word. Gillies (1982: 221) waarsku egter dat die stelsel voorsiening moet maak vir die berekening van beide die direkte en die indirekte verpleging.

Benewens statistieke oor bedbesetting, chirurgiese en diagnostiese ingrepe, is dit ook nodig om die pasiënt se afhanklikheidsgraad deur middel van akuutheidsvlakke te bepaal. Hierdie afhanklikheidsvlakke word in verskillende kategorieë verdeel, vanaf intensiewe tot selfsorg. Vervolgens word norme, aan die hand van werkstudieverrekeninge, vir die eiesoortige verpleging van pasiënte, volgens die aard van siekte en afhanklikheidsgraad, bepaal (Gillies, 1982: 186-187) •

#### b} Betrekkingbepaling en posklassifisering

Nadat die intensiteit en hoeveelheid werklading bepaal is en die hoeveelheid verpleegure wat benodig word statisties verreken is, is dit nodig om die aard en tipe poste in die hospitaal te bepaal.

Betrekkingbepaling en posklassifisering is steeds deel van die manekragbeplanningsproses. Met betrekkingbepaling word spesifieke take saamgegroepeer sodat die uitvoering van elkeen van die betrokke take binne die psigiese en fisiese vermoë van een individu val. Die individuele betrekkings word gegroepeer in posgroepe en uiteindelik in 'n organisatoriese struktuur (vergelyk 2.6.2) wat die vloei van werk en die relatiewe toewysing van verantwoordelikheid moontlik maak (Andrews, 1985: 18).

Posklassifikasie is die rangskikking van verskillende posgroepe in afdelings volgens die vereistes wat aan die bekleeders van die betrokke poste gestel word. Posklassifikasie verseker dus dat alle werknemers in posgroepe wat in

In spesifieke afdeling gegroepeer is, op soortgelyke behandeling kan staatmaak (Andrews, 1985: 19).

Suksesvolle betrekkingbepaling en posklassifisering vereis werkontledingen werkbeskrywing waardeur' riglyne bepaal word waarvolgens personeel gewerf, gekeur, geplaas, opgelei, bevorder en besoldig moet word (Andrews, 1985: 18).

### **c) Werkbeskrywing en -spesifikasie**

'n Werk- of posontleding is in wese 'n prosedure om spesifieke inligtingen opsigte van 'n werk in te win. Hierdie inligting word geboekstaaf deur twee aparte beskrywings, te wete 'n werkbeskrywing en 'n werkspesifikasie (Gerber et al., 1987: 133). 'n Werkbeskrywing is volgens Andrews (1985: 76) 'n geskrewe verklaring van die werksaamhede wat die bekleer van 'n betrekking verrig.

Dit is belangrik dat die werkbeskrywing 'n opsomming gee van die pligte en take verbonde aan die werk. Die werkbeskrywing beataan uit die werkbenaming, 'n opsomming van die verskillende take en pligte verbonde aan die werk, die toerusting wat vir die uitvoering van die werk noodsaaklik is, diensvoorwaardes en die moontlike gevare verbonde aan die werk.

In 'n werkspesifikasie word die minimum kwalifikasievereiste waaraan 'n kandidaat moet voldoen om 'n spesifieke betrekking te kan beklee vermeld. Met behulp van die inligting wat met werkontleding ingewin word, kan die kennis, vaardigheid en ander vermoens om die genoemde werk effektief te verrig, geïdentifiseer word (Andrews, 1985: 78).

Die werkbeskrywing en -spesifikasie is belangrike hulpmiddels waarvolgens die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal 'n hoë gehalte van dienslewering kan bevorder. Werkbeskrywings en spesifikasies verskaf riglyne vir werwing, keuring, plasing, opleiding en ontwikkeling, prestasiebeoordeling en loopbaanbeplanning (Carrell & Kuzmits, 1986: 46-48; Gerber et al., 1987: 133-134).

#### d) Werwing en reklame

Die effektiwiteit van 'n organisasie is direk afhanklik van die effektiwiteit van die personeel: "Without a high-quality labor force, an organization is destined to mediocre performance" (Carrell & Kuzmits, 1986: 15). Vanwee hierdie rede is die werwing van personeel 'n kritiese personeelfunksie.

Die vraag na en die aanbod van arbeid bepaal die omvang van reklame en werwingsprogramme. Werwing verwys na daardie personeelfunksie wat onderneem word om voldoende aansoekers vir vakante betrekkings te verkry sodat gedifferensieer kan word tussen aansoekers wat oor die vereiste kwalifikasies vir 'n spesifieke betrekking beskik en diegene wat nie oor die vereiste kwalifikasies beskik nie (Andrews, 1985: 96).

Reklame impliseer daardie personeelfunksies wat onderneem moet word om die organisasie as 'n potensiele werkgever aan belangstellende individue bekend te stel (Andrews, 1985: 97). Derhalwe is die reklamefunksie in 'n privaathospitaal daarop gemik om 'n gunstige beeld van die organisasie aan die algemene publiek en verpleegtaakmag uit te dra.

Uit die voorgaande kan dus afgelei word dat 'n hoë gehalte van dienslewering indirek deur werwing beïnvloed word. Daarom is dit belangrik dat die verpleegadministrateur oor 'n werwingsbeleid beskik wat die doelstellings van die werwingsproses uitspel en die nodige riglyne vir die uitvoering van die werwingsprogram kan verskaf.

Douglas, Klein & Hunt (1985: 207) is van mening dat 'n suksesvolle reklame- en werwingsprogram nie net op die huidige behoeftes konsentreer nie, maar ook voorsiening maak vir die toekomstige behoeftes. Dit vereis dus dat die verpleegadministrateur oor beide kort- en langtermyn werwingsprogramme beskik.

Die daarstelling van 'n werwingsbeleid vergemaklik volgens Gerber et al. (1987: 152) die werwingsproses en verminder konflik in die werksituasie. Die werwingsbeleid behoort aspekte soos die tipe bevorderingstelsel, indiensneming van deeltydse personeel en die benutting van werwingsbronne aan te spreek.

In Suksesvolle werwingsprogram is volgens kenners afhanklik van die volgende voorwaardes:

die verpleegdiens beskik oor In werwingsbeleid waarin die finansiële aspekte uitgespel is, die werwingsbronne gelys is en die werwingstegnieke vermeld is;  
die werwingsbeleid is versoenbaar met die beleid van die organisasie;  
die verpleegdiens beskik oor beide kort- en langtermyn werwingsprogramme;  
die werwingsprogramme is gebaseer op die poste-analise (betrekkingbepaling en posklassifikasie) van die instelling;  
die posinligting is gebaseer op die werkbeskrywing- en werkspesifikasies van elke pos;  
realiteitskok word vermy deur volledige inligting aan voornemende werknemers te verskaf;  
die werwingsprogram word jaarliks geëvalueer;  
(Douglas et al., 1985: 202-221; Gerber et al., 1987: 151; Koontz et al. 1984: 405; Mackey, 1988: 25-26).

#### **e) Keuring**

Keuring volg op werwing sodat die regte individu uit die beskikbare applikante, geselekteer kan word om aan te pas by die vereistes wat met rasonale werkbeskrywing aan spesifiekebetrekkings toegewys is. Die doelwit met keuring is dus om voldoende geskikte werknemers te selekteer en te behou om die doelwitte van die instelling te verwesenlik (Andrews, 1985: 19). Die keuringskriteria vir In bepaalde pas is in die werkbeskrywing vervat en die karaktereienskappe en spesifieke vaardighede wat vir die bepaalde pos vereis word, is in die werkspesifikasie vervat (Andrews, 1985: 78).

Gerber et al. (1987: 161-162) beveel aan dat die lynbestuurders in In organisasie by keuring betrokke moet wees. In verpleging impliseer dit dus dat die eenheidsbestuurder In inset in die seleksie van kandidate moet hê.

Die keuringsproses bestaan uit verskillende fases wat in In spesifieke volgorde afgehandel word. Gerber et al. (1987: 162) waarsku dat die keuringsproses ook deel van reklame uitmaak. Die wyse waarop die verpleegadministrateur dus die keuringsproses hanteer, is In metode van organisatoriese

beeldbou. Koontz et al., (1984: 407) glo dat die keuringskriteria ook toekomsgerig moet wees. Dit beteken dat die verpleegadministrateur ook die toekomstige eise van hierdie pos, in terme van langtermynbeplanning in die organisasie, in aanmerking moet neem.

Die wyse waarop die keuring plaasvind is bepalend vir die aanstelling van die regte kandidaat in die regte pos. Daarom is dit belangrik dat die verpleegadministrateur die gehalte van die keuringsproses aan die hand van bepaalde keuringstandaarde beoordeel. Gerber et al. (1987: 177) doen die volgende beoordelingsvrae aan die hand:

Is in goed omskryfde keuringsbeleid ontwikkel?

Is die indiensnemingstandaarde/keuringsinstrument geldig?

Word posvereistes (volgens die werkbeskrywing en werkspesifikasie) in aanmerking geneem?

Word akkurate rekords gehou van die redes waarom elke kandidaat afgekeur is?

Is die keuringsinstrument behoorlik gevalideer?

Sou die keuringsproses suksesvol in in hof verdedig kon word?

Is daar in ontslagonderhoud om te help bepaal hoe goed werknemers en poste op mekaar afgestem was?

In Effektiewe keuringsprogram behoort dus voorafgegaan te word deur in noukeurige posontleding, sorgvuldige mannekragbeplanning, en in doelgerigterwerwingsprogram. In die keuringsproses word daarna gestreef om werknemers' aan te stel wat daarin sal kan slaag om die gestelde standaarde in in bepaalde pos te bereik (Gerber et al., 1987: 178).

Dit is uiteraard belangrik dat die verpleegadministrateur oor onderhoudvoeringsvaardighede beskik wat tot die sukses van in keuringsprogram kan bydra.

Die formele aanstelling van gekeurde kandidate volg, waarin die voorwaardes vir indiensneming deur die verpleegadministrateur en betrokke kandidaat bespreek word. Andrews (1985: 130) wys daarop dat die aanstellingsbrief aan in suksesvolle kandidaat volledige gegewens moet bevat oor die pos waarin die kandidaat aangestel is asook die tersaaklike diensvoorwaardes sodat geen misverstand tussen werkgever en werknemer kan ontstaan nie.

Die personeelvoorsieningsproses is dinamies en daar moet voortdurend rekening gehou word met die veranderende omgewing waarin die privaathospitaal hom bevind. Die wetenskaplike deurvoering van die voorafgaande stappe dra by tot pro-aktiewe beheer, oftewel gehalteversekering. Die tweede stap, te wete personeelbenutting word vervolgens deurskou.

### **2.6.5.3 Personeelbenutting**

Personeelbenutting impliseer die handhawing van 'n optimale vlak van produktiwiteit by personeel. Dit impliseer dus die korrekte plasing, oorplasing en bevordering van personeel, asook die benutting van die mees optimale toewysing van personeel aan pasiente en die effektiewe skedulering van skofte (Andrews, 1985: 19; Gillies, 1982: 212).

#### **a} Plasing**

Waar keuring die proses is waartydens 'n persoon gekies word om 'n spesifieke pos te vul, is plasing 'n breër proses waarin 'n aansoeker vir meer as een pos oorweeg word. Die plasingstrategie sal dus die aansoeker se belangstellings, vaardighede en kundigheid in ag neem.

Korrekte plasing is belangrik omdat dit personeelbenutting, maksimum produktiwiteit, werkstevredenheid en gesindheid kan beïnvloed. Suksesvolle plasing behels 'n versigtige kombinasie van die werkgewer se behoefte om 'n pos te vul en die werknemer se loopbaanmotivering (Gerber et al, 1987: 180) •

Proeftydperkaanstellings kan deur die hospitaal oorweeg word mits dit duidelik in die aanstellingsvoorwaardes uitgespel word. Die doelwit met 'n proefaanstelling is om die aanpassing van 'n beampte in die betrokke departement te kan volg en om die gehalte van die rekrut se werk te kan evalueer (Andrews, 1985: 130).

Die verpleegadministrateur moet dus oor die sinvolle plasing van kandidate besin. Alhoewel verpleegkundiges oor dieselfde kwalifikasies beskik speel belangstelling, as 'n loopbaanontwikkelingstrategie, vir die individu 'n belangrike rol.

## **b) Diensskedulering**

Diensskedulering is alreeds as organiseringshandeling (vergelyk 2.6.2.3) bespreek. Suksesvolle diensskedulering vir optimale produktiwiteit van personeel is volgens Gillies (1982: 212-218) afhanklik van die volgende ten einde 'n hoë gehalte van dienslewering te bevorder:

- 'n diensskeduleringsbeleid waarvolgens regverdige en eweredige verspreiding van werklading verseker kan word, moet daargestel word;
- die verkryging van addisionele personeel moet ook by wyse van 'n beleidsverklaring vermeld word;
- die skedulering van diensstye kan sentraal, by wyse van 'n rekenaarprogram, of gedesentraliseer in elke verpleegeenheid, volgens die spesifieke behoeftes van die pasiënte en personeel, bepaal word;
- die diensskedulering moet egter vooraf aan die personeel beskikbaar gestel word;
- diensskedulering moet in ooreenstemming wees met die behoeftes van die pasiënte, soos deur die werkindekslading verreken.

Die benutting van tydelike personeel op 'n aanvraagbasis kniehalter die lewering van 'n hoë gehalte van verpleging. Agentskappe is nie altyd vertrouwd met die kandidaat se kwalifikasies en vaardighede nie. Ten einde 'n hoë gehalte van verpleging te bevorder, behoort die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal-aandag te skenk aan 'n geskrewe beleid en ooreenkoms tussen die hospitaalbestuur en die agentskap. Hierin moet aspekte soos indemniteitversekering, kwalifikasies en registrasiebewyse van die verpleegkundiges, verbreking van kontrak deur die verpleegkundige (wat nie aan diens korn nie), en personeevalueeringsstelsels aangespreek word.

## **c) Pasiënt-toewysingsmetodes**

Die toewysing van personeel aan pasiënte, oftewel die pasiënt-toewysingsmetode, is 'n belangrike aspek van personeelbenutting wat ook die gehalte van verpleging betnvloed. Hierdie aspek is reeds in 2.6.2.5 bespreek.

#### **d) Oorplasing**

Oorplasing van personeel impliseer die verskuiwing van 'n verpleegkundige vanaf een betrekking na 'n ander met dieselfde salaris, status en verantwoordelikheid as dié waaruit sy/hy verskuif word. Oorplasing impliseer dus 'n horisontale verskuiwing van een betrekking na 'n ander, met of sonder geografiese implikasies (Andrews, 1985: 201). Hierdie verandering gaan dus nie gepaard met 'n verandering in die vlak van vaardigheid, verantwoordelikheid, status of vergoeding nie (Gerber et al., 1987: 184).

Die primere oorweging van 'n oorplasing sentreer rondom die optimale benutting van personeel. Andrews (1985: 202-203) en Gerber et al. (1987: 184) meld redes soos die bemaning van 'n nuwe afdeling, die verbetering van opleiding van die oorgeplaaste individu, om persoonlikheidskonflikte binne 'n bepaalde afdeling te verminder, of om die werkstevredenheid van 'n werknemer te verbeter.

Andrews (1985: 201) belemtoon die noodsaaklikheid van 'n oorplasingsbeleid waarin die volgende aspekte verklaar word:

- die omstandighede waaronder oorplasings plaasvind;
- die verantwoordelike instansie of persone wat oorplasings inisieer en goedkeur;
- die spesifieke betrekkings wat gevul sal word;
- die eenhede waar oorplasings gereel kan word;
- die kriteria vir oorplasings; en
- die salarisimplikasies by oorplasings.

#### **e) Bevordering**

Bevordering behels 'n verandering in pos en gaan gepaard met 'n verskuiwing na 'n hoër organisatoriese posvlak. Die hoër vlak behels 'n nuwe positiesel, 'n hoër vlak van gesag en verantwoordelikheid en, in die meeste gevalle, 'n toename in salaris (Gerber et al., 1987: 182; Koontz et al., 1984: 406). Die doel van bevordering is enersyds om die individu beter te benut tot voordeel van die dienslewering in die organisasie, en andersyds om persoonlike groei en loopbaanontwikkeling by die individu aan te moedig (Gerber et al., 1987: 183).



Bevordering kan nie op 'n willekeurige grondslag geskied nie omdat 'n gelukkige en tevrede verpleegkundige taakmag slegs moontlik is wanneer die geskikste personeelle in die beste belang van die hospitaal bevorder word. Derhalwe behoort bevorderings ooreenkomstig 'n weldeurdragte en beproefde bevorderingsbeleid te geskied. 'n Geskikte bevorderingsbeleid behoort, volgens Andrews (1985: 208), voorsiening te maak daarvoor dat:

- die geskikste individue bevorder word;
- riglyne verskaf word waarvolgens bevorderings behoort te geskied;
- opleiding ter voorbereiding vir bevordering verskaf word;
- personeel voortdurend van een afdeling na 'n ander kan beweeg indien die bevorderingsmoontlikhede in ander afdelings groter is as in die een waarin die personeel-lid aanvanklik geplaas is;
- vakatures tydig bekendgestel word aan belangstellendes.

#### **f) Demovering**

Demovering, die teenoorgestelde van bevordering, behels 'n afwaartse beweging in die posbekleding wat verband hou met vaardigheid, verantwoordelikheid, status en vergoeding. Demovering geskied op 'n individuele basis, en het in die meeste gevalle 'n negatiewe uitwerking op die individu, omdat dit dikwels die gevolg van swak werkprestasie is (Gerber et al., 1987: 185).

Om 'n demoveringsprogram suksesvol te kan hanteer, moet die volgende prosedures, volgens Gerber et al. (1987: 185), gevolg word:

- die kriteria vir demovering moet gespesifiseer word en sorg moet gedra word dat hulle deel vorm van die manne-kragbestuurbeleid en -prosedures;
- kriteria vir demovering behoort eenvormig toegepas te word by alle werknemers;
- bevorderings en oorplasings behoort versigtig gemoni-teer te word sodat hulle nie deurgevoer word as bedekte demoverings nie;
- bestuurders, toesighouers en werknemers behoort gereeld ingelig te word wanneer opwaartse, afwaartse en late-rale bewegings ter sprake kom.

#### g) Diensbeeindiging

Diensbeeindiging kan twee vorms aanneem, te wete vrywillige bedanking aan die kant van die werknemer, of ontslag, wat die gevolg kan wees van onbevredigende werkprestasie, wangedrag en tekortkominge in die kwalifikasies nodig om die pos effektief te beklee (Gerber et al., 1987: 185).

Dietydsberekening en voorwaardes van diensbeëindiging is twee elemente wat probleme kan skep. Die verpleegadministrateur moet dus voortdurend bedag wees op diensbeeindiging en die plasingprogram positief orden en bestuur. Die kwessie van regverdige behandeling, volgens die prosedure waarop ooreengekom is, moet deur die verpleegadministrateur in ag geneem word. Kriteria hiervoor behoort in die disslinere kode (vergelyk 2.6.5.4) vermeld te word.

#### h) Aftrede

Die aftrede van verpleegpersoneel moet ook op 'n ordelike wyse bestuur word omdat dit 'n belangrike deel van die personeelbenuttingstrategie vorm. Gerber et al. (1987: 186) beveel die volgende stappe vir suksesvolle aftredebeheer aan:

- daar moet vooraf beplan word vir ordelike opvolging in die pos;
- deur middel van kommunikasie en raadgewing moet in die behoeftes van die uitredende werknemer voldoen word;
- aandag moet geskenk word aan geleidelike aftree-opsies soos werkafskaling om verminderde werktyd vir die pos toe te laat.

Die effektiewe benutting van verpleegpersoneel lei tot 'n hoër gehalte werklewe en produktiwiteit, wat 'n direkte invloed op die gehalte van verpleging in 'n hospitaal het. Die wetenskaplike beginsels onderliggend aan die behoud van die verpleegtaakmag, word vervolgens bespreek.

#### 2.6.5.4 Personeelbehoud

Personeelbehoud verwys na daardie aktiwiteite wat 'n personeel lid se wens om in die diens van die organisasie te bly, sal bevorder. In 'n hoër personeelomset het 'n negatiewe uitwerking op die gehalte van verpleging. Vogt, Cox,

Velthouse & Thames (1983: 23) stel dit soos volg: "Turnover takes its toll also in the quantity and quality of the patient care that it delivers." Enkele faktore wat personeelbehoud beïnvloed word vervolgens kortliks bespreek.

a) Diensvoorwaardes en personeeldienste

Diensvoorwaardes is maatreels wat daarop gemik is om die verpleegpersoneel se ekonomiese, maatskaplike en psigiese behoeftes op so 'n wyse te bevredig dat hulle -deur 'n sekuriteitsgevoel aan die instelling gebind word. Dit verwys dus na 'n skriftelike kontrak tussen 'n werkgewer en werknemer wat arbeidsvrede in 'n organisasie verseker (Andrews, 1985: 402). Gerber et al. (1987: 314) is die mening toegedaan dat diensvoorwaardes 'n belangrike rol speel in die gehalte van werklewe wat 'n werknemer ervaar.

Die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal moet toesien dat die diensvoorwaardes van verpleegkundiges met die minimum vereistes van die huidige Wet op Basiese Diensvoorwaardes (Suid-Afrika, 1983) ooreenstem. Hierdie diensvoorwaardes moet skriftelik aan die personeel beskikbaar gestel word en, volgens Andrews (1985: 402-403) en Gerber et al. (1987: 378), individueel vir elke personeellid opgestel word.

Gerber et al. (1987: 314) bespreek personeeldienste as 'n faktor wat die gehalte van die werklewe van 'n werknemer beïnvloed. Dit sluit nie net die vergoedingspakket in nie, maar ook veilige en gesonde werksomstandighede, die ontwikkeling van die menslike hulpbronne, sekuriteit en groei in die onderneming, asook die sosiale relevansie van die werk.

nit is dus duidelik dat die gehalte van die werklewe alle fasette van die verpleegkundige se funksionering in die hospitaal aansny en dat die doeltreffende aanwending en werktevredenheid van die verpleegkundige van kardinale belang is vir die doeltreffende beoefening van haar/sy beroep en derhalwe 'n hoë gehalte van verpleging. Hierdie faset van personeelbestuur sluit aan by beroepsgesondheid- en veiligheidsmaatreels.

## b) Beroepsgesondheidsmaatreels

Verpleegadministrateurs het vandag te make met komplekse probleme wat die gesondheid en veiligheid van die verpleegkundige bedreig. Dit is voor die hand dat swak werknemergesondheid tot groot werkafwesigheid en 'n lae vlak van produktiwiteit en derhalwe 'n lae gehalte van verpleging, lei.

Die verpleegadministrateur moet dus vertrou wees met die huidige toepaslike wetgewing, soos ongevalle-, werkloosheidsversekerings- en beroepsgesondheidwetgewing, sodat die gesondheid en veiligheid van die verpleegkundiges verseker en bevorder kan word. Dit impliseer dat die verpleegadministrateur die risiko van gesondheidsgehare, fisies en psigies, moet identifiseer en daarvolgens 'n beroepsgesondheidsprogram moet beplan en implementeer.

Fisiese beroepsgesondheidsgehare, insluitende ergonomiese faktore, sowel as psigiese gesondheidsgehare, soos die uitbrandingsindroom en spanningsdruk, behoort in die program aangespreek te word.

Gerber et al. (1987: 442-446) beklemtoon die handhawing van beide die fisieke en geestesgesondheid in enige onderneming en stel voor dat die bestuur 'n duidelike beleid en riglyne in hierdie verband moet hê.

## c) Die bestuur van arbeidsverhoudinge

Die bestuur van arbeidsverhoudinge is 'n komplekse proses. Dit is volgens Gerber et al. (1987: 335) afhanklik van die organisasiese ideologie en het ten doel om arbeidsvrede in die werkplek te verbeter. Gerber et al. (1987: 342) is verder van mening dat 'n gesonde verhouding tussen bestuurders en werkers van kardinale belang is om onrus en verlaagde produktiwiteitspeile tot die minimum te beperk.

Die benutting van griewe- en dissiplinêre prosedures, met inagneming van 'n dissiplinêre kode, is strategieë wat in die bestuur van arbeidsverhoudinge deur die verpleegadministrateur gebruik kan word.

## i) Grieweprosedures,

In Grief word gewoonlik deur In klagte voorafgegaan. Klagtes is die uiting van ontevredenheid, gewoonlik van geringe aard, wat deur die toesighouer reggestel kan word.

In Grief is In situasie of toestand wat die lê van In klagte deur In individu regverdig en weerspreek dus In verbreking van die bepalinge van die indiensnemingskontrak (Gerber et al., 1987: 359).

Die gebruik van In grieweprosedure in die verpleegdiens het ten doel om die geldige redes vir ontevredenheid te identifiseer, waardeur doelwitbereiking in die hospitaal bevorder kan word en konflik tussen die bestuur en werknemers voorkom kan word (Gerber et al., 1987: 359).

Die volgende beginsels behoort by die hantering van griewe nagekom te word:

- die prosedure moet so eenvoudig moontlik wees;
- die prosedure moet geskrewe wees;
- die prosedure moet vir beide die bestuur en die werknemer aanvaarbaar wees;
- griewe moet so gou moontlik hanteer word;
- die lyne van kommunikasie moet bekend wees en nagekom word;
- die verhoor van die grief moet op wedersydse vertroue en begrip gebaseer word;
- die grief moet op die laagste moontlike vlak opgelos word;
- die prosedure moet konsekwent nagevolg word;
- die individu het die reg om deur In verteenwoordiger bygestaan te word;
- daar mag geen intimidasie of viktimisering na In verhoor wees nie; (Gerber et al., 1987: 360; Fay & Morrill, 1985: 11-16).

Die eenheidsbestuurder speel In sleutelrol in die hantering van klagtes en griewe en moet hulle effektief kan hanteer. Dit is van belang om Gerber et al. (1987: 360) se waarskuwing in ag te neem: "Die voorkoming van griewe is egter belangriker as die hantering daarvan. As bestuurders en toesighouers In aanvoeling ontwikkel vir potensiele oorsake van ontevredenheid en stappe doen om hulle uit die weg te

ruim, sal dit nie nodig wees om betrokke te raak by die toepassing van grieweprosedures nie,"

Fay & Morrill (1985: 11) waarsku dat die verpleegadministrateur se probleemoplossingsvaardighede, beide pro-aktief en reaktief, van so In aard moet wees dat die beslegting van geskille binne die organisasie opgelos kan word ten einde eksterne beslegting, by wyse van In bemiddelaar of arbiter, ten alle koste te vermy.

## **ii) Dissiplinering en tug**

Enige organisasie, ongeag van sy aard, struktuur of doelwitte, moet reëls en In gedragskode hê wat nougeset deur sy werknemers nagekom moet word sodat die onderneming suksesvol kan funksioneer. Hierdie reëls bepaal die toelaatbare gedrag van die werknemers. Indien hierdie reëls of gedragskode nie nagekom word nie, gee dit die bestuur die reg om die werknemer te dissiplineer (Gerber et al., 1987: 360).

Dissipline kan omskryf word as handeling of optrede aan die kant van die gesagsfiguur in die onderneming (gewoonlik die bestuur) wat daarop gemik is om alle werknemers (met inbegrip van bestuurspersoneel) te weerhou van gedrag wat die funksionering van die onderneming kan ontwrig (Gerber et al., 1987: 361). Dissipline verwys dus na enige aksie wat deur die bestuur geïnisieer word wanneer In werknemer se werkverrigting of gedrag volgens die neergelegde standarde onaanvaarbaar is.

Andrews (1985: 231-234) onderskei tussen informele en formele dissiplinere maatreëls. Die soorte dissiplinere maatreëls wat deur die verpleegadministrateur toegepas kan word, word deur hierdie outeur soos volg uiteengesit:

- selfdissipline waarvolgens die werknemer vrywillig met die norme en gedragsreëls konformeer;
- informele dissiplinering deur In houdingsverandering by die toesighouer;
- formele dissiplinering in die vorm van mondelinge of skriftelike waarskuwings, rangverlaging, tydelike ontslag en finale ontslag.

Carrell & Kuzmits (1986: 503-505) sien die primêre doel van dissiplinering as die motivering van 'n werknemer om met die organisasie se voorgeskrewe werkverrigtingstandaarde te konformeer. Die tweede doelstelling is die daargestelling en handhawing van respek en vertroue tussen die werknemer en sy toesighouer. Hierdie outeurs onderskei voorts tussen pro-aktiewe en reaktiewe dissiplinering. Pro-aktiewe dissiplinering verwys na doelgerigte personeelbestuur wat aan die volgende vereistes voldoen:

die werknemer se posplasing is volgens posvereistes:  
induksie en oriëntering is effektief uitgevoer:  
werkverrigtingstandaarde en gedragskode is duidelik gestel:

konstruktiewe terugvoer t.a.v. aangaande die werknemer se werkverrigting word voorsien:

probleme word vinnig en doelgerig aangespreek.

Reaktiewe dissiplinering impliseer aktiewe dissiplinêre optrede en moet volgens Carrell & Kuzmits (1986: 505) altyd op 'n positiewe wyse uitgevoer word sodat 'n positiewe gedragsverandering kan plaasvind.

Dit is dus belangrik dat die verpleegadministrateur wangedrag deur verpleegkundiges, beide professioneel en sub-professioneel, in die vorm van 'n gedragskode met die toepaslike dissiplinêre maatreels, omskryf.

Die beginsels van en: vereistes vir dissiplinêre prosedures word soos volg deur Andrews (1985: 234-237) en Gerber et al. (1987: 361) uiteengesit:

die bestuur moet die reg hê om gepaste dissiplinêre stappe in te stel teen enige werker wat strydig met die belange van die onderneming optree:

die dissiplinêre kode moet op skrif gestel wees en aan werkers beskikbaar gestel word;

die werkers moet die reg hê op 'n regverdig verhoor, en die reg om te appelleer teen enige dissiplinêre maatregel wat as onregverdig beskou word;

die werker het die reg om tydens die verhoor, verteenwoordig te word;

optrede moet korrek, konsekwent en so gou moontlik toegepas word;

progressiewe dissiplinere beginsels moet gehandhaaf word, dit wil sê, In waarskuwing moet drastiese dissiplinere maatreels voorafgaan; die klem in enige dissiplinere stelsel val opvoorkoming, regverdigheid en rehabilitasie; dissiplinere prosedures word beskou as In riglyn en die interpretasie daarvan ,moet buigsaam genoeg wees om by verskillende omstandighede aan te pas;

Net soos grieweprosedures, kan dissiplinere prosedures In aantal fases volg. Hierdie fases wissel van In informele, mondelinge waarskuwingi gevolg deur een of meer skriftelike waarskuwings, tot ontslag van In werknemer as In finale fase. Hierdie fases word bepaal deur die erns, aard en frekwensie van optrede of wangedrag, asook die versagende omstandighede teenwoordig en die aard van stawende getuienis, soos uiteengesit in die dissiplinere kode (Gerber et al., 1987: 361).

Die dissiplinere prosedure beskryf dus die metode waarvolgens dissiplinêre stappe ingestel moet word terwyl die dissiplinere kode die redes waarom dissiplinêre stappe teen In werker ingestel word, omskryf (Gerber et al., 1987: 362).

Gillies (1982: 436) is van mening dat dissiplinere optrede binne vyf dae behoort te geskied en dat In dissiplinere komitee uit lede van die bestuur, pUbliek, of ander professionele gesondheidspraktisyns behoort te bestaan, om In regverdigde en billike verhoor moontlik te maak.

Professionele dissiplinering is ook die taak van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging. professionele dissiplinering verwys volgens Pyne (1981: 16) na die proses waarvolgens die beroep verpleging, wat ten behoeve van die pUbliek optree, dié gedeelte van die gereg in werking stel wat die aanwending van toepaslike sanksies teen strafbare lede toelaat.

Een van die oogmerke van die suid-Afrikaanse Raad op Verpleging is om behulpsaam te wees met die bevordering van die gesondheidstandaard van die inwoners van die Republiek (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, s.j.: 1). Derhalwe het hierdie raad In gehaltebeheerfunksie wat onder meer die professionele dissiplinering van verpleegkundiges wat aan



wangedrag skuldig bevind word, insluit (Searle, 1987: 301-302) •

Die verpleegadministrateur in In privaathospitaal het daarom ook In etiese verantwoordelikheid om toepaslike professionele wangedrag van verpleegkundiges in hul diens aan hierdie raad voor te lê vir moontlike dissiplinering.

Die behoud van verpleegpersoneel is dus nie net afhanklik van effektiewe indiensnemingspraktyke nie, maar ook van die voorkoming en konstruktiewe hantering van griewe, konflik en onrus in die hospitaal. Werkstevredenheid van die personeel is voorts ook afhanklik van die bestuurstyl van die verpleegadministrateur (vergelyk 2.7) asook die algehele effektiwiteit van die verpleegadministrateur se bestuurs-handelinge.:

#### **2.6.5.5 Personeelontwikkeling**

Organisatoriese ontwikkeling en groei is volgens Carrell & Kuzmits (1986: 15) baie nou verweef met die ontwikkeling van die personeel: "When employees fail to grōw and develop in their work, a stagnant organisation most likely will result." Alhoewel personeelontwikkeling nie noodwendig organisatoriese sukses waarborg nie, is die ontwikkeling en daarstelling van personeelontwikkelingsprogramme In noodsaaklikheid.

Personeelontwikkeling is volgens Tobin, Wise & Hull (1979) daardie formele en informele opleiding wat verband hou met die werknemer se rolverwagtinge.

Verskeie outeurs onderskei tussen induksie, orientasie, indiensopleiding, voortgesette onderwys, bestuursopleiding en organisasie-ontwikkeling, as elemente van personeelontwikkeling (Gerber'et al., 1987: 186-196; Gillies, 1982: 257j Tobin et al. 1979: 9).

Die verpleegkundige in beheer van personeelontwikkeling moet toepaslik gekwalifiseerd wees en verkieslik In onderwys-registrasie by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleginghe. Vanuit die Amerikaanse perspektief steun Gillies (1982: 264) hierdie siening: "It is important, too, for the staff development instructor to be highly skilled in direct and indirect teaching methods " Tersaaklike personeel-

ontwikkelingsaktiwiteite in In hospitaal word vervolgens kortliks deurskou.

#### **a) Induksie**

Die meeste auteurs beskryf induksie as die finale stap in die personeelvoorsieningsproses. Wanneer die nodige voorsorg getref is om die regte persoon in die regte pos te plaas, volg induksie, waartydens die persoon opgeneem word in die onderneming of in die pas georiënteer word (Gerber et al., 1987: 186; Gillies, 1982: 205). Induksie verwys na daardie personeelfunksie waardeur die nuwe personeelid aan die hospitaal bekendgestel word. Die aard van die verpleegkundige se kwalifikasies en ontwikkelingsvlak, asook die pos wat sy/hy beklee, sal uiteraard bepaal hoe gesofistikeerd die induksieprogram sal wees.

Die doel van In induksieprogram is volgens Gerber et al. (1987: 187-189) om die nuwe werknemer gouer produktief te kry, om vrees en onsekerhede te verminder: om realistiese werknemerverwagtinge, en sodoende ook In verminderde personeelomset, te help skep; om die toesighouer tyd te bespaar en om die nuwe werknemer tot In positiewe gesindheid teenoor sy nuwe werk te lei.

Gillies (1982: 205) beklemtoon dat die induksieprogram In gestandaardiseerde program vir alle nuwe verpleegkundiges moet wees, en dat die verantwoordelikheid hiervoor aan In spesifieke persoon opgedra moet word.

Die inhoud van In suksesvolle induksieprogram sluit volgens Gillies (1982: 205) en Gerber et al. (1987: 189-190) die volgende in:

- 'n oorsig en fisiese toer van die organisasie, wat die nodige verwelkoming insluit:

- In inleiding tot die organisasie se geskiedenis, filosofie/fmissie, doelstellings, en die algemene werksomgewing:

- In oorsig van die beleid, prosedures en die kommunikasienetwerk in die organisasie:

- In verduideliking van die kandidaat se vergoedingspakket, insluitende die diensvoorwaardes:

- inligting oor moontlike byvoordele, soos versekering, verlof, ontspanningsfasiliteite:

- inligting oor die griewe- en dissiplinere prosedures in die hospitaal;
- die kandidaat se werkbeskrywing en die verwagte werkverrigtingstandaarde;
- die evalueringstelsel, insluitende die personeel-evalueringstelsel;
- die personeelontwikkelingstelsel en loopbaanmoontlikhede;
- inligting oor gesondheidsdienste en noodhulpklinieke vir die personeel.

In Induksieprogram moet dus s6 ontwerp word dat dit in die behoeftes van die onderneming sowel as dié van die nuwe werknemer sal voorsien. Die behoeftes van In verpleegdiens is gerig op In hoë gehalte dienslewering en die behoeftes van die verpleegpersoneel is meer gerig op fisiese en psigologiese veiligheid, wat vergoeding insluit. Gerber et al (1987: 189) beklemtoon egter dat die induksieprogram- In balans tussen die behoeftes van die onderneming en dié van die werknemer moet handhaaf.

#### **b) Oriëntasie**

Nadat die induksie-opleiding voltooi is, behoort die nuwe werknemer vir sy spesifieke werk georiënteer te word (Gillies, 1982: 207). „Die aard van die oriënteringsprogram hang af van die nuwe werknemer se posvlak, die kompleksiteit van die werk, asook sy vaardigheidsvlak. Gillies (1982: 207) is verder die meenLiq toegedaan dat die oriënteringsprogram volgens individuele behoeftes gerig moet word.

Andrews (1985: 148) beklemtoon die noodsaaklikheid van In oriërrterLinqsbeLeLd in die organisasie waardeur oriënteringsprogramme van In hoë gehalte verseker kan word.

Gerber et al (1987: 190) stel die volgende as inhoud vir In oriënteringsprogram voor:

- funksies van die departementteenheid, doelstellings, organisasie-struktuur en interdepartementele verhoudings;

take en veiantwoordelikhede: In gedetailleerde uiteen-  
 setting .van die taak, gebaseer op die werkbeskrywing:  
 verduideliking van prestasiestandaarde en die algemene  
 probleme in die werksituasiei  
 die departement/eenheid se beleid, prosedures en  
 werkverrigtingstandardei  
 In besigtiging van die werkplek:  
 bekendstelling aan die ander kollegas.

Gerber et ale (1987: 191) is verder van mening dat die  
 induksie- en oriënteringsprogramme qereeLd beoordeel moet  
 word en dus jaarliks aan In formele evaluering onderwerp  
 moet word. In hierdie verband beveel Andrews (1985: 151)  
 die evaluering van die rekrute se reaksie, hulgesindheid  
 jeens die onderneming, die bemeestering van feite, asook die  
 resultate van die oriënterLnqsprogram, wat tydens In  
 diensverlatingsonderhoud vasgestel kan word, aan.

#### c) Indiensopleiding

Indiensopleidingword deur Tobin et ale (1979: 9) gedefi-  
 nieer as daardie deel van personeelontwikke}ing wat gerig  
 is op vaardighedsontwikkeling, kennisversameling en hou-  
 dingsverbetering van die werknemer. Hierdie opleiding vind  
 binne die organisasie plaas: "II... it deals with our way of  
 doing it here" (Tobin et al., 1979: 9). Indiensopleiding  
 is ook gerig op die voorbereiding van die werknemer vir  
 enige veranderinge in die organisasie en om die individu vir  
 die eise van sy werk op te lei.

Indiensopleiding verwys dus na opleiding wat die werknemer  
 binne sy werksomgewing ontvang. Sodanige opleiding hou  
 gewoonlik regstreeks verband met sy werk. nit is van belang  
 om daarop te let dat indiensopleiding beplande en onbeplande  
 of insidentele opleiding kan insluit (Tobin et al., 1979:  
 9) •

#### d) voortgesette onderwys

Voortgesette onderwys sluit volgens Tobin et ale (1979: 9)  
 al die sistematies beplande onderrig in wat op In geformali-  
 seerde wyse plaasvind: "ContLnLnq education within staff  
 development encompasses all systematically organized,  
 planned efforts that are designed to maintain and improve  
 the abilities of employees." Alhoewel indiensopleiding ook

'n sistematiese beplanning van onderrig kan insluit, is voortgesette onderwys meer gerig op formele onderrig, waarin die kandidaat sy professionele kennis en vaardighede kan uitbrei. Hierdie ontwikkeling vind hoofsaaklik buite die organisasie plaas en die bywoning van seminare, werkswinkels en professionele opknappingskursusse speel 'n belangrike role

Die voorafgaande impliseer dat die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal die leergeleenthede vir voortgesette onderwys moet skep. 'n Hoë gehalte van verpleging is ook afhanklik van voortdurende navorsing. Die verpleegkundige moet dus die geleentheid kry om oor tersaaklike navorsingsresultate ingelig te word.

#### e) organisasie-ontwikkeling

organisasie-ontwikkeling is gerig op die verbetering van ondernemingsdoeltreffendheid deur veranderings in individuele en groepsgedrag. Hierdie gedragsveranderinge word teweeggebring deur die toepassing van gedragswetenskaplike beginsels (Gerber et al., 1987: 224).

Organisasie-ontwikkeling fokus volgens Gillies (1982: 278) vanuit 'n probleemoplossingsbenadering op die verbeterde funksionering van 'n verpleegdiens, gebaseer op die spesifieke probleme wat ondervind word. 'n Voorbeeld hiervan is die rekenarisering van tersaaklike verpleegdiensaktiwiteite en -statistieke.

#### f) Bestuursontwikkeling

Bestuursontwikkeling is daarop gemik om bestuurders voor te berei om hul huidige en toekomstige take in die onderneming doeltreffend uit te voer (Gerber et al., 1987: 245).

Gillies (1982: 274-275) is van mening dat; bestuursopleiding van verpleegkundiges nie die nodige aandag geniet nie, Dit is vandag veral belangrik dat die verpleegadministrateur se leierskap-, probleemoplossings-, asook haar/sy personeelbestuursvaardighede optimaal ontwikkel word. Dit impliseer dat die verpleegadministrateur gereeld bestuurskursusse, volgens haar/sy eiesoortige behoeftes, deurloop.

## **g) Loopbaanontwikkeling**

Loopbaanontwikkeling word deur Gerber et al (1987: 249) omskryf as formele optrede deur die onderneming om te verseker dat werknemers met die regte kwalifikasies en ondervinding beskikbaar is wanneer die onderneming hulle nodig het.

Die verantwoordelikheid vir loopbaanontwikkeling is, volgens Gerber et al (1987: 249-250), driedimensioneel van aard, te wete die werknemer self, die bestuurder, asook die organisasie. Die afleiding kan dus gemaak word dat die verpleegadministrateur, sowel as die bestuur van die hospitaal en die verpleegkundige, hul verantwoordelikheid tot loopbaanontwikkeling moet besef. Die verpleegadministrateur moet egter die moontlikhede identifiseer en as fasiliteerder optree. Loopbaanontwikkeling dra dus ook by tot in hoë gehalte van verpleging.

## **b) Personeelevaluering**

Douglas et al (1985: 390) definieer personeelevaluering soos volg: "a systematic evaluation review of employees' meaningful job behavior with respect to their effectiveness in meeting their job requirements and responsibilities."

Personeelevaluering is dus daarop gemik om die werkprestasie van 'n werknemer te bepaal ten einde erkenning aan bogemiddelde prestasies te gee, personeel sodoende van die eksterne komponent van motivering te voorsien en daardeur maksimale personeelbenutting te verseker (Andrews, 1985: 305).

Carrell & Kuzmits (1986: 15) sien personeelevaluering as in integrale komponent van personeelontwikkeling. Gedurende die evalueringsproses word werkverrigtingtekortkominge geïdentifiseer en personeelontwikkelingsprogramme daarvolgens ingestel.

Verskillende outeurs huldig verskillende opvattinge oor die frekwensie van personeelevaluering. In hierdie verband stel Andrews (1985: 313) en Gillies (1982: 421-422) voor dat personeelevaluering aan die einde van die proeftydperk moet plaasvind en daarna ten minste twee keer per jaar. Hierdie

outeurs waarsku egter belde teen oormatige evaluering wat tot konflik kan lei.

Die doel van personeevaluering sentreer dus rondom die identifisering van talent en bogemiddelde werkprestasie enersyds en die identifisering van tekortkominge wat deur middel van personeelontwikkeling reggestel kan word andersyds (Andrews, 1985: 306-307). Gerber et al, (1987: 401) beklemtoon voorts die belang van personeevaluering in die plasing, oorplasing, bevordering en demovering van personeel, asook die algemene loopbaanbestuur van werknemers.

'n Suksesvolle personeevalueringsprogram is volgens Gerber et al (1987: 410) en Gillies (1982: 422-433) afhanklik van die volgende:

- die daarstelling van 'n personeevalueringsbeleid;
- die gebruik van 'n geldige evalueringsinstrument, gebaseer op die werknemer se werkbeskrywing;
- betroubaarheid van die instrument om konstante meting moontlik te maak;
- dat die werknemer se onmiddellike toesighouer verantwoordelik is vir die taksering;
- 'n terugvoeringsmeganisme waardeur die werknemer van sy prestasies en tekortkominge in kennis gestel word;
- dat die positiewe van die werknemer se prestasie beklemtoon word;
- die vermyding van vaaghede: wees spesifiek in die beoordeling van gedrag deur op insidente te konsentreer;
- die beplanning van remedieringsaksies om die tekortkominge reg te stel.

Die personeelid moet dus 'n realistiese oorsig van sy werkprestasie kry. By moet bewus gemaak word van die positiewe aspekte van sy werkprestasie, maar ook op 'n positiewe wyse ingelig word oor waar sy prestasie tekort skiet en watter regstellingsmaatreels beplan word.

Gerber et al, (1987: 411) rig ook 'n waarskuwing aan bestuur dat swak werkprestasie 'n voortvloeisel van swak personeelbestuur kan wees.

Personeelontwikkeling vorm dus 'n belangrike personeelfunksie vir die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal. Gillies (1982: 256) sam dit soos volg op: "The nurse manager's objective in staff development should be to assist each of her subordinates and superiors to close the gap between their present abilities and the knowledge and skills developed through research and the practice of other professions,"

uit die voorgaande besprekings kan die afleiding dus gemaak word dat personeelbestuur 'n wetenskap én 'n kuns is. Die kern van personeelbestuur is gesetel in Paulus se woorde: "Eienaars, behandel julle slawe reg en billik in die wete dat julle ook onder iemand staan, onder die Here in die hemeL" (Kolossense 4:1).

#### **2.6.6 Slotopmerkings**

Die bestuurstaak van die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal is in die voorgaande paragraawe krities ontleed. Hierdie bestuurshandeling kan egter deur verskillende bestuurstyle realiseer. Enkele tersaak-like bestuurstyle word voorts kortliks deurskou.

### **2.7 BESTUURSTYLE**

Mintzberg (1975: 49-61) is van mening dat die sukses van bestuur nie net in die uitvoering van die onderskeie bestuurshandeling geleë is nie. Die bestuurder het 'n fundamentele kennis van organisasieteorie nodig en moet die komplekse funksionering van mense, veral in groepe, verstaan. Die daarstelling van 'n optimale organisasieklimaat deur die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal is dus ook afhanklik van die bestuurstyl wat deur haar/hom aangewend word.

#### **2.7.1 Deelnemende bestuur**

Deelnemende bestuur verwys na die doelbewuste insluiting van ondergeskiktes by besluitneming en probleemoplossing. In die enge verband beteken deelname die proses waardeur werknemers idees na vore bring om probleme op te los wat hulle werk en die onderneming beïnvloed. Personeel kry dus die geleentheid om in 'n mate by te dra tot die besluitnemingsproses in die onderneming (Blake & Mouton, 1985: 82;



Gerber et al., 1987: 31B-319).

Die bogenoemde deelneming kan formeel of informeel plaasvind, na gelang van die aard van die probleem, en kan tot werkmotivering bydra. Drucker (1968: 364) beweer dat 'n individu meer produktief sal wees wanneer hy inherente faktore wat werkmotivering meebring ervaar. Werkmotivering kan deur taakverryking verhoog word wanneer die individu werk as betekenisvol beleef en verantwoordelikheid vir die resultate van sy werk ervaar.

Die twee belangrikste grondslae van deelnemende bestuur in sy moderne gewaad is volgens Hayes (1988: 23) die mate van deelname by besluitneming en die mate van dirigerings- en uitvoering van die taak. Die dirigerings- en uitvoering van taakuitvoering kan toegeeflik of direktief plaasvind. Variasies van hierdie twee grondslae, is 'n fyn kuns wat die bestuurder moet bemeester.

Deelnemende bestuur kan veral met betrekking tot gehaltebeheer, gehalteversekering, konflikthantering, die skep en verbetering van kommunikasiekanale en personeelontwikkeling, positief deur die verpleegadministrateur in 'n privaat-hospital aangewend word.

### 2.7.2 Gedesentraliseerde bestuur

Desentralisasie verwys volgens Dessler (1980: 137-138) na die delegering van gesag met behoud van selektiewe beheer en impliseer derhalwe die handhawing van 'n fyn balans tussen gedesentraliseerde outonomie en gesentraliseerde beheer.

Gillies (1982: 125) waarsku dat sentralisering van gesag die bestuurstaak van 'n verpleegadministrateur bemoeilik en die betrokke bestuurder se rol verander na dié van 'n skakelbeampte. Sekere bestuursaspekte, soos waardesisteme en beleid, noodsaak egter 'n mate van sentralisering.

privaathospitale leen hulself juis tot die desentralisering van bestuur, in die spesialisasie departemente soos personeelontwikkeling, 'n operasiesaal, en ander. Probleemoplossings- en besluitnemingsgesag kan op 'n geselekteerde toepaslike basis, aan die eerste vlak bestuurders toegeken word ten einde taakverryking en verhoogde moraal by die ondergeskiktes te stimuleer (Gillies, 1982: 126).

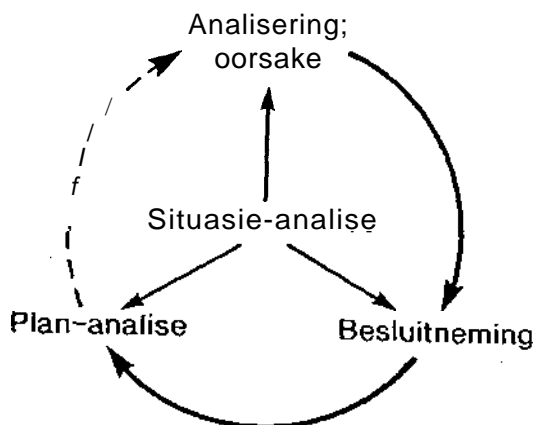
Vinnige en doeimatige probleemoplossing dra by tot In hoër gehalte van verpleging.

### 2.7.3 Pro-aktiewe bestuur

Volgens Plunkett & Hale (1982: 3) impliseer pro-aktiewe bestuur daardie analitiese vermoëns en vaardighede wat as bestuurshandelinge realiseer in die oplossing van probleme vanuit In perspektief op die verlede, hede en toekoms. Die pro-aktiewe bestuurder benut die verlede deur In analise te maak van oorsaaklike faktore wat tot die probleem aanleiding gegee het, en positief vir die voorkoming en hantering van probleme aan te wend.

Die pro-aktiewe bestuurder is voorts gereed om huidige probleme doelgerig en suksesvol op te los. Hierdie kennis word gebruik om In program van aksie effektief te ontwikkel en te implementeer ten einde probleme in die toekoms te voorkom. Dit sluit dus die doelgerigte beplanning en aanwending van voorkomende maatreëls in, asook die benutting van effektiewe fasiteringsmaatreëls vir suksesvolle bestuur en produksie (vergelyk figuur 2.7). "

Figuur 2.7. Skematiese voorstelling van pro-aktiewe bestuur  
(aangepas uit Plunkett & Hale, 1982: 3)



Die verpleegadministrateur kan nie bekostig om ondoelmatig te bestuur nie. Arndt & Huckabay (1980:329) som dit soos volg op: "The practising nurse administrator will have to cope with the advancing technology of tomorrow. It is important that nursing service administrators understand the use of the scientific method and approach in solving administrative problems."

#### 2.1.4 Gebeurlikheids- en situasionele bestuur

Die aanhangers van hierdie model, wat sedert die 1970's gepropageer word, is van mening dat 'n bestuurstyl deur "die situasie of gebeurlikheid bepaal word. Die bestuurder moet aanpas by die interne en eksterne eise wat aan die organisasie gestel word.. Hierdie uitgangspunt aanvaar dus dat 'n organisasie situasie-produuserend is:" the situationalist holds that there is no one best way to manage Different organizations with different tasks and different competitive environments require different plans" (Koontz et al., 1984: 12-13).

Die gebeurlikheidsbenadering stel dus die verpleegadministrateur in staat om haar/sy bestuurstyl in verband te bring met ingewikkelde probleme vanuit die omgewing en die tersaaklike menslike gedrag. Dit help ook om oorsake vir unieke probleme te verstaan en eie kreatiwiteit te gebruik om 'n bestuurstyl en -model te skep wat direk by die situasie aanpas.

## 2.8 KONSEPTUELE RAAMWERK

Die direkteure van 'n privaathospitaal is oor die algemeen bestuurders wat geen mediese opleiding of ervaring het nie. Hierdie bestuurders se opleiding is hoofsaaklik vanuit 'n bedryfsielkundige perspektief, wat die bestuursprosesbenadering meer sinvol vir hierdie studie maak. Die werkbeskrywing van 'n verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal is voorts ook op die bestuursprosesbenadering gebaseer.

Robertson (1984: 301), in 'n studie oor die rol van die verpleegadministrateur, is van mening dat 'n besigheidsgeoriënteerde benadering vir die toekoms benodig word. Hierdie benadering geld vir beide die openbare en privaat-sektore. "Quality management is becoming integral to the delivery of health care" (Beyers, 1988: 620).

Die bestuursproses, te wete beplanning, organisering, leidinggewing en beheer, word as konseptuele raamwerk vir hierdie studie geselekteer.

## "2.9 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die wese van die bestuurstaak van die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal deurskou. Die bestuurshandeling beplanning, organisering, leidinggewing en beheer, met inbegrip van die personeelfunksie, waarop die verpleegdiensstandaarde (vergeelyk bylaes sewe en agt) gebaseer is, is in perspektief geplaas.

Die belang van 'n effektiewe bestuurstyl is bespreek en die deelnemende, gedesentraliseerde, pro-aktiewe en gebeurlikheidsbestuurstyl is uitgelig.

Die dinamika van gehalteversekering in 'n privaathospitaal word in die volgende hoofstuk oortreë.

### GEHALTEVERSEKERING IN PRIVAATHOSPITALE

---

#### 3.1 HOOFSTUKPERSPEKTIEF

Die doel van hierdie hoofstuk is om 'n historiese perspektief oor die ontwikkeling van gehalteversekering in gesondheidsdienste te gee, enkele toepaslike gehalteversekeringsmodelle te bespreek, die onderliggende doel en beginsels van gehalteversekering vanuit 'n internasionale perspektief voor te stel, en om die proses van gehalteversekering krities te analiseer. Ten slotte sal die ontwerp en operasionalisering van 'n gehalteversekeringsprogram beskryf word.

#### 3.2 INLEIDING

Die privatisering van gesondheidsdienste in suid-Afrika brei toenemend uit en privaathospitale gaan derhalwe 'n belangrike rol in die voorsiening van gesondheidsdienste speel. Met die uitbreiding van gesondheidsdienslewering deur die privaatsektor in Suid-Afrika, word die daargestelling van gehalteversekeringsmeganismes 'n noodsaaklikheid. Hierdie formalisering van gehalteversekering is deur Snyckers (1986: 25) asook die Browne-kommissie van ondersoek na gesondheidsake voorgestel (Suid-Afrika, 1986).

Snyckers (1986: 22) se waarskuwing dat 'n gebrek aan gehalteversekeringstandaarde en -programme die gehalte van dienslewering kan kniehalter, moet ook deur die verplegingsprofessie ter harte geneem word. Alhoewel die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (1984) die professionele standaarde vir verpleging by wyse van 'n regulasie uitgevaardig het, het die verpleegadministrateur in privaathospitale 'n verantwoordelikheid om gehalteversekering meer doelgerig te formaliseer.

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals (JCAH) wys daarop dat die verbruiker meer, begin belangstel in die gehalte van gesondheidsdienste, asook in die fasiliteite tot sy beskikking. "For reasons familiar to all, there is growing public interest in the quality of health care and a related inciease in demand for pUblc accountability for quaL'it.y" (E'rsoz, Jessee, Ladenburger & Parsek, 1988: 3.5). In suid-Afrika is professionele aanspreeklikheid deur die verpleegadministrateur egter van groter belang as pasient-ontevredenheid.

Die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal het 'n verantwoordelikheid om 'n hoë gehalte verpleging te ver-seker. Maria Phaneuf se woorde: "Any profession which doesn't monitor itself becomes a technology ..." (Gillies, 1982: 388) beklemtoon die etiese verantwoordelikheid wat die verplegingsprofessie teenoor gehalteversekering het.

### 3.3 HISTORIESE PERSPEKTIEF: DIE ONTWIKKELING VAN GEHALTEVERSEKERING

Bruwer (1986) en Booyens (1987) het albei dñe historiese ontwikkeling van gehalteversekering in gesondheidsdienste, internasionaal en nasionaal, geskets. Vir die doeleindes van hierdie studie word slegs 'n kort tersaaklike perspektief gestel.

Alhoewel Florence Nightingale tydens en .na die Krimoorlog 'n groot rol in die verbetering van die gehalte van gesondheidsdienslewering gespeel het (Dolan, 1973: 166-178), was die verenigde State van Amerika die grondleggers van formele gehalteversekering in gesondheidsdienste op inter-nasionale vLak,

Die skerp styging in gesondheidskoste vir die verbruiker, groter verwagtinge van die publiek betreffende gesondheidsorg, hul groeiende ontevredenheid met die gesondheidsdienste en 'n toename in wanpraktykeise teen professionele gesondheidspraktisyns, het "hospitale genoodsaak om gehalteversekering in Amerika te formaliseer op 'n basis wat baie duur geword het.

Alhoewel gehalteversekering in gesondheidsdienste deur die Amerikaners geformaliseer is, het die Japannese na die Tweede Wereldoorlog die leiding in gehaltesdienslewering geneem: "The roots of the Quality revolution are planted deep in American soil. But it was the Japanese who harvested the first fruits of the revolution by putting Quality ideas into widespread practice" (Ersoz et al., 1988: 1.15).

Dr W Edward Deming, In Amerikaanse statistikus en konsultant, is kort na die Tweede Wereldoorlog deur die Japannese industriële leiers genader om hierdie nasie se ekonomie te help opbou. Hy het hierin geslaag deur die Japannese te help om in gehalteversekeringskultuur tot stand te bring. "The story of how quality products made in Japan have captured world markets is evidence that Deming's management methods work" (Gillem, 1988: 71).

Deming (1986) beklemtoon dat in onderneming beide interne en eksterne kliënte het, en dat die primêre oogmerk van die besigheid gesetel is in die voorsiening in hierdie kliente se behoeftes. Hy formuleer veertien gehalteverbeteringsbeginsels waarop in onderneming se sukses gebaseer word. Gillem (1988: 71) is van mening dat hospitale se fokus op gehalteversekering moet verander na gehalteverbetering met inagnome van Deming se beginsels van gehalteverbetering. Alhoewel hierdie gehalteverbeteringsbeginsels slegs in produksieondernemings toegepas is, het geselekteerde Amerikaanse privaathospitale sedert die tagtigerjare begin om hierdie veertien beginsels te implementeer (Gillem, 1988: 71).

Die implementering van Edward Deming se gehalteverbeteringsbeginsels, en die benutting van gehaltebeheerkringe ("quality control circles") in die bestuurswese, voorsien in die algemene behoeftes aangehalteversekering en die Japannese ondervind nie in behoefte aan in meer geformaliseerde stelsel nie (Peters, 1989: 25-26). Die industrie het dus 'n belangrike rol in die formalisering van gehalteversekering in gesondheidsdienste gespeel.

In 1913 het die "American College of Surgeons Program" in die Verenigde State van Amerika tot stand gekom met die doel om geneeskundige prosedures te standaardiseer en gehalte te beheer. In 1917 is die eerste standaard vir geneeskundige

praktykvoering in die Verenigde State van Amerika gepubliseer, met die klem op minimum struktuurstandaarde wat diepraktyk van 'n geneesheer gerig het (Ersoz et al., 1988: 3.3).

Die eerste standaard maak voorsiening vir die formele organisering van die mediese personeel en spesifieke lidmaatskapvereistes waarvolgens professionele vaardighede verseker kon word, is in die tweede standaard uitgespel.

Die derde standaard vereis dat reëls en regulasies wat die praktyk van die geneesheer in 'n hospitaal begrens, opgestel en nagekom word. Hierdie standaard sluit onder meer die gereelde evaluering van geneeskundige praktykvoering in en lê die basis vir portuurgroepevaluering.

Die vierde standaard omskryf die vereistes van akkurate rekordhouding deur geneesheer en die vyfde standaard sluit af met strukturele diagnostiese vereistes waaraan die hospitaal moet voldoen (Ersoz et al., 1988: 3.3).

Die eerste geformaliseerde gehalteversekeringsprogram is dus deur die American College of Surgeons ingestel en het bekend gestaan as die "Hospital Standardization Program" (Paine, 1983: 15).

Hierdie struktuurstandaarde is vir etlike jare benut totdat die Amerikaanse Joint Commission on Accreditation of Hospitals in 1951 tot stand gekom het om die gehalte van gesondheidsdienslewering op 'n vrywillige basis in hospitale te evalueer. Sodoende is 'n akkrediteringstelsel tot stand gebring. Hierdie na-oorlogse ontwikkelings in gesondheidsdienste en in gehalteversekering het 'n groot invloed op die gesondheidsdienste van die hele Westerse Wereld gehad. Die fokus was egter nog steeds hoofsaaklik op struktuur- en prosesstandaarde gerig.

Sedert 1965 het die Joint Commission on Accreditation of Hospitals begin wegbeweeg van minimum standaarde en die sogenaamde "Optimal Achievable Standards"-era is ingelei wat 'n komplekse en ingewikkelde proses van bevoegdheidsverklaring en akkreditering tot gevolg gehad het. Hierdie era is pas afgesluit en die tendens vir die 1990's is om te fokus op kliniese én organisatoriese werkverrigting in die geheel, met die klem op gehaltesiensienslewering aan die indivi-

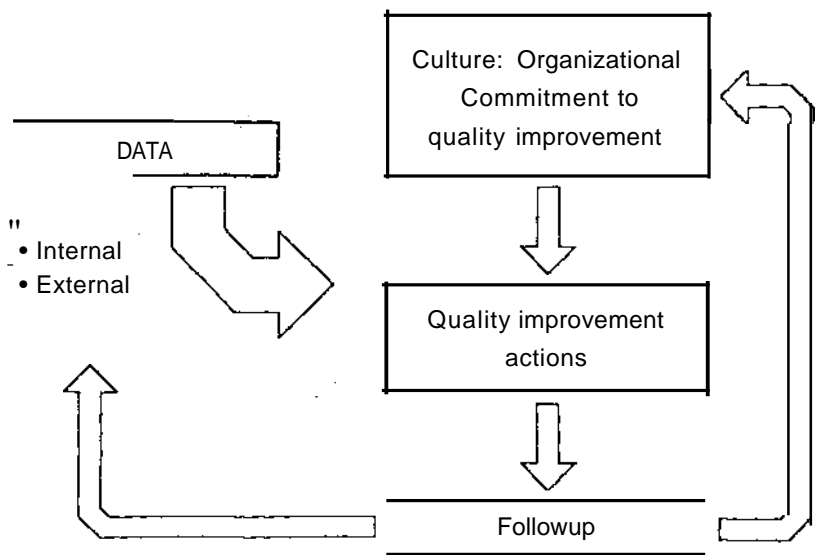


duele pasient, dit wil sê, 'n evaluering gerig op die resultaat- of produkstandaarde (Schroeder, 1987: 161).

'n Positiewe ingesteldheid teenoor gehaltemoet gekweek word in teenstelling met die negatiewe konnotasie. "What have I done wrong?" wat tans heers moet vervang word met 'n "good quality"-ingesteldheid (Ersoz et al., 1988: 3.2). Die inspeksiementaliteit moet verander na 'n positiewe gehalte-ingesteldheid (vergelyk figuur 3.1).

Hierdie benadering gaan 'n meer gedesentraliseerde stelsel tot gevolg hê en die klem word van voorskriftelikheid na resultate verskuif (Ersoz et al., 1988: 3.2-3.4).

Figuur 3.1 Skematiese voorstelling van die JCAH se nuwe era gehalteverbeteringsbenadering (Ersoz et al., 1988: 3.4)



Hierdie nuweera benadering word soos volg opgesom: "In the United States, the concept of Quality has evolved from traditional Quality Control, called "little q" quality, through the intermediate stage of Quality Assurance to the more comprehensive concept of Total Quality Improvement, known as TQI or "Big Q" Quality. "Big 'Q" Quality requires a cultural revolution that replaces finger pointing with continuous improvement, rewards initiative, and encourages problem solving by employees and teams at all levels" (Ersoz et al., 1988: 1.16-17). Hierdie verskillende benaderings word in figuur 3.2 voorgestel.

Figuur 3.2 Skematiese voorstelling van die verskil tussen die ou en nuwe era, bekend as die "Little S" en "Big Q"-benaderings (Ersoz et al., 1988: 1.18)

QUALITY ELEMENT	UTILE q ORGANIZATION	BIGQ ORGANIZATION
The definition of quality is:	product-oriented	customer-oriented
Quality priorities are:	less important than cost, schedule and volume	first among equals: "the driver"
The business focus is toward:	short term	balancing short term and long term
Emphasis is on:	detection of errors	prevention of errors
Costs are:	raised (when quality is emphasized)	lowered (when quality is emphasized)
Errors are understood to result from:	special causes (workers making individual mistakes)	common causes (inettec-tive systems and manaaement practices)
Responsibility for quality belongs to:	Quality control / quality assurance, inspectors, soecialists	everyone
Organizational culture tends toward:	finger pointing, blame finding, and punishing risk takers	<b>continuous</b> improvement innovation, and permission to fail
Organizational structure is:	hierarchical, bureaucratic, and static	flat, integrated, and fluid
Problem solving is <b>by</b> :	those in authority, top of pyramid	teams, all employee levels

Na die instelling van die Medicare en Medicaid mediese skemas in Amerika in die sestigerjare, wat staatsubsidiering aan die subekonomiese en bejaarde burgers onderskeidelik voorsien, word die Professional Standards Review Organization in 1972 deur wetgewing ingestel met die doel om koste-effektiewe gesondheidsorg van 'n hoër gehalte te verseker.

Die aktiwiteite van die Professional Standards Review Organization is tans ingekort en hul funksie word deur professionele oorsigorganisasies vervul. Die Amerikaanse hospitaalvereniging het ook sedert die sestigerjare 'n belangrike funksie begin vervul in die verbetering van die gehalte van gesondheidsdienslewering (Gillies, 1982: 388-390) •

In 1982 is die Physician Review organization (PRO) deur middel van wetgewing ingestel in 'n poging om die delikate portuurgroepevaluering onder geneeskundiges te verbeter ten einde kostebesparingsmaatreels in gesondheidsdienste te bewerkstellig. Die bekende "Diagnostic Related Groupings" (DRGs) is as prysplan in 1984 ingestel (American Hospital Association, 1983: 111-113). Hierdie stelsel" forseer verpleegkundiges ook tot finansiële aanspreeklikheid.

Die Verenigde State van Amerika het dus oor die jare die leidende rol in die gehalteversekeringsbeweging in gesondheidsdienste gespeel en is steeds besig om sy invloed internasionaal te laat geld.

Tradisioneel is 'n gesondheidsdiens wat op 'n wetenskaplike en versorgende wyse gelewer is, as die verwagte standaard aanvaar. Daar is egter nou toenemende eise vanaf die pasiënt en diegene wat vir die diens betaal, vir 'n hoër gehalte van dienslewering " and now there is an emerging demand by patients and payers that quality health care be provided at 'best value" (Gillem, 1988: 70).

Ten spyte van die Joint Commission on Accreditation of Hospitals se akkrediteringstelsel, is gesondheidsdiensverbruikers in die Verenigde State van Amerika steeds ontevrede met die gehalte van dienslewering. Gillem (1988: 70) bevestig hierdie probleem en som dit soos volg op: "Hospitals are facing the dawn of a new age in health care".

Gillem (1988: 70-71) is verder van mening dat hospitale wat wil oorleef aan die eise van die verbruiker sal moet voldoen. "The hospitals surviving this basic shift in the medical paradigm will be those hospitals that successfully make the transformation from the current practice of attempting to assure quality to actually measuring and improving the quality of care" (Gillem, 1988: 70-71).

Beyers (1988: 619) som die Amerikaanse gehalte-eras in vier stadia op, te wete inspeksie, statistiese gehalte-beheer, gehalteversekering en strategiese gehaltebestuur. Die verpleegadministrateur het tradisioneel kritiese areas gekontroleer en sistematiese inspeksies uitgevoer. Die klem op statistieke, byvoorbeeld infeksiebeheer en kritiese insidente het gevolg. Die gehalteversekeringsbenadering is gelei deur verpleegleiers soos Phaneuf, Wandelt, Lang en ander. "Strategiese gehaltebestuur fokus tans op 'In meer gedesentraliseerde benadering' and broadens the scope of quality in relation to practice" (Beyers, 1988: 619).

Die Europese model het tans 'n makrobenadering. In die Verenigde Koninkryk is gehaltebeheer sedert 1948, met die instelling van 'n National Health Service (NHS), steeds die verantwoordelikheid van die bestuur (lynfunksie) in die verskillende vlakke van dienslewering. Gehaltebeheer word hoofsaaklik op kliniese vlak deur die professionele "praktisyns" uitgevoer. Geen formele akkrediteringstelsel is dus van toepassing nie (Shaw, 1986: 218). Omdat gehalteversekering deel van die bestuurder se lynfunksie is, het 'n informele gehalteversekeringstelsel ontstaan wat eksterne gehalteversekering onnodig maak.

Dit lyk asof daar 'n traagheid bestaan om die formele stelsel van Amerika te implementeer. Nederland het in 1979 die National Organization for Quality Assurance gestig en sedert 1985 is gehalteversekeringsaktiwiteite in gesondheidsdiensinstellings 'n wetlike vereiste. Die National Organization for Quality Assurance is hoofsaaklik gernoed met die ontwikkeling van gehalteversekeringsmetodes en die opleiding van gesondheidspersoneel in hierdie verband (Coupe, 1988: 24-25). Gehalteversekering is in Europese lande hoofsaaklik die verantwoordelikheid van die staat en geen gehalteversekering word deur eksterne instellings onderneem nie.

Die Wereldgesondheidsorganisasie se Europese streekkantoor roep in 1983 "The Working Group on the principles of Quality Assurance" (hierna genoem die WGO-werkgroep) saam, met die doel om gehalteversekering, as 'n formele doelwit van die Wereldgesondheidsorganisasie, in Europese gesondheidsdienste in oenskou te neem.

Hierdie groep ontwerp 'n nasionale strategie vir gehalteversekering vir voorlegging aan die onderskeie nasionale owerhede en beveel 'n driedimensionele gehalteversekeringsmodel (vergelyk 3.6.3) met 'n probleemoplossingsbenadering aan (World Health Organization, 1983: 1-21). Die WGO-werkgroep het ook 'n verpleegkundige projek wat die ontwikkeling van standaarde vir die verpleegpraktyk ten doel het. Hierdie werkgroep formuleer ook riglyne waarvolgens standaarde opgestel kan word en gehalteversekering in verpleging geformaliseer kan word (World Health Organization, 1982; 1985) •

Die aanbevelings van hierdie werkgroep behoort gehalteversekering in Europa meer momentum te gee. "The recommendations the Working Group made should facilitate the ultimate objective of developing comprehensive systems for quality assurance as an essential component of the health care delivery system" (World Health Organization, 1983: 1).

Sedert die sewentigerjare het gehalteversekeringsprogramme in verpleging verbasend toegeneem en gestandaardiseerde instrumente wat in Amerika ontwerp is, is in Europa en selfs in Suid-Afrika uitgetoets en aangepas.

In Suid-Afrika is gehalteversekering die verantwoordelikheid van "die hospitaalbestuur in beide die openbare en privaatsektor. Ingevolge die Wet op Gesondheid (Suid-Afrika, 1977) het die staat 'n gehaltebeheerfunksie ten opsigte van gesondheidsdienslewering in privaathospitale." Die Departement van Gesondheidsdienste, Administrasie: Volksraad is tans verantwoordelik vir gehaltebeheer in privaathospitale. Daar is dus 'n eiesoortige interaksie tussen die staat en privaathospitale om 'n hoë gehalte gesondheidsdienslewering deur privaathospitale in Suid-Afrika te verseker.

Twee nasionale verenigings vir privaathospitale het op eie inisiatief-tot stand gekom ten einde die gehalte van gesondheidsdienslewering deur privaathospitale in suid-Afrika verder te verbeter. Die Nasionale Federasie van Privaathospitale is in die laat 1970's gestig en is in 1986 vervang met die Nasionale Assosiasie van privaathospitale (NAPH) wat gehalteverbetering as doel voor oë het: "Die Nasionale Assosiasie van privaathospitale (NAPH) is gestig om die belange van pasiente, personeel, dokters en lede van die pUbliek te beveilig" (Nasionale Assosiasie van Privaathospitale, 1986: 1).

Feitlik die hele privaathospitaalbedryf in suid-Afrika het by hierdie assosiasie aangesluit en het ooreengekom om hulle te onderwerp aan die etiese kode, gedragskode en die beslissings van die Raad van Direkteure. Die etiese en gedragskode opgestel deur die Raad van Direkteure, bepaal die houding van die hospitaal betreffende die sorg van pasiente, standaard van geneeskunde, chirurgie en higiëne. Etiek ten opsigte van die berekening van kostes, rekeninge, die pasient se regte in dié verband, en die boetes vir oortreding, word ook uitgespel.

Alhoewel gehalteversekering in die suid-Afrikaanse gesondheidsdienste dus nog nie geformaliseer is nie, blyk dit dat dit meer momentum begin kry. Dit moet egter binne konteks van die land se kultuur, filosofiese en etiese waardes, asook die sosiale, ekonomiese en politieke ontwikkeling geskied.

### 3.4 BEGRIPSOMSKRYWING

#### 3.4.1 Gehalte

Sanazaro .(1986: 27) definieer gehalte as die konformering aan standaarde en kriteria wat op huidige kennis en ervaring gebaseer is. Gehalte word deur Hanneke & Van Maanen (1981: 3) soos volg gedefinieer: " --- quality is: the margin between desirability and reality." Die professionele gesondheidspraktisyn sien gehalte binne professionele werkverrigtingsverbande die kliënt sien toeganklike, barmhartige sorg as gehalte en die bestuur heg 'n finansiële konnotasie daaraan (Bodo, 1984: 262).

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals is van mening dat In hoë gehalte gesondheidsdienslewering vier kernkomponente bevat, naamlik optimale professionele werkverrigting deur alle gesondheidspraktisyns, die effektiewe benutting van bronne, minimale risiko vir die pasiënt; met betrekking tot moontlike beserings en iatrogeniese siektes, en pasiënt-tevredenheid (Ersoz et al., 1988: 1.6).

Die WGO-werkgroep onderskryf hierdie komponente en is dit eens dat In hoë gehalte gesondheidsorg die volgende kenmerke het:

professionele werkverrigting (tegniese gehalte);  
bronverbruik (effektiwiteit/toereikendheid);  
risikobestuur (die risiko's geassosieer met dienslewering, soos beserings en iatrogeniese siektes);  
pasiënt-tevredenheid met die diens gelewer  
(World Health organization, 1983: 5).

Hierdie benadering sluit aan by Douglass & Bevis (1983: 281-282) se siening ten opsigte van In hoë gehalte gesondheidsorg, wat in die volgende vier sleutelwoorde opgesluit lê: veiligheid, gevorderdheid, doeltreffendheid en aanvaarbaarheid. Die outeurs verduidelik soos volg:

dit is veilig en gemaklik vir die klient, die professionele gesondheidspraktisyn, en ander;  
dit is tegnologies en terapeuties so gevorderd as wat die moderne wetenskap dit toelaat;  
dit is doeltreffend en ekonomies ten opsigte van tyd, energie en ander bronverbruik;  
dit is wetlik, eties en moreel aanvaarbaar;  
dit is kultureel aanvaarbaar vir die verbruiker (Douglass & Bevis, 1983: 281-282).

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals waarsku teen die eng beskrywing van gehalte, naamlik die verwagte eindresultaat van In proses. In hierdie benadering is die definisie van gehalte produkgeorieerd. King (1981: 14) se definisie is In tipiese voorbeeld hiervan, te wete: "the characteristics of excellence of the action or process." Die definisie van gehalte behoort die "Big Q"-benadering in te sluit wat klientgeorieerd is en die totale funksionering van die organisasie omvat, soos wat die Joint Commission on Accreditation of Hospitals die onder-

skeidingskenmerketussen die sogenaamde "Little q" en "Big Q" uiteensit, 5005 getllustreer infiguur 3.2 (Ersoz et al., 1988: 1.18-19):

Schroeder & Maibusch (1984: 41) waarsku dat gehalte nie net na die konkrete tegniese vaardighede verwys nie; maar ook die delikate "art of care ..." insluit.

Gehalte verwys dus na die kenmerke van uitnemendheid of voortreflikheid, binne realistiese perke 5005 deur die situasie bepaal. Hierdie realistiese kenmerke moet deur die professionele praktisyns self geformuleer word en sluit die totale funksionering van die organisasie in. Dit word deur die Joint Commission on Accreditation of Hospitals 5005 volg saamgevat: "Doing right things right. To do right things, you must identify your customer's needs, convert those needs into agreed-upon requirements, then align your work process so you are capable of meeting those requirements. To do things right, you must execute your work processes in a way that meets those requirements" (Ersoz et al., 1988: 1.19).

uit die voorafgaande blyk dit dat daar nog geënsins konsensus oor 'n definisie van gehalte bereik is nie: "Quality assurance experts acknowledge that an exact definition of quality remains elusive" (Rice, 1989: 1).

### 3.4.2 Gehalteversekering

Versekering impliseer 'n waarborg van waarde en bevoegdheid (King, 1981: 14). Die spanwydte van die begrip gehalteversekering word deur verskeie navorsers verskillend gedefinieer. Gehalteversekering in gesondheidsorg impliseer 'n waarborg van 'n hoë gehalte, toepaslike gesondheidsorg, of 5005 Sanazaro (1986: 27) dit stel: "Assurance is defined as maintaining and formally accounting for the quality and appropriateness of care."

Gehalteversekering impliseer noodwendig ook gehaltebeheer, wat volgens Froebe & Bain (1976: 29) die formele werkwyse is waarvolgens gehaltesiendieslewing, dit wil sê die verwagte eindresultaat of uitset, gehandhaaf kan word: "... any process by which a person (or group or organization of persons) determines or intentionally affects what another person (or group or organization) will do."



Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals is tans van mening dat gehaltegesondheidsorg nie verseker kan word nie. Die fokus moet dus op gehalteverbetering wees en sluit die lewenswyse deur elke praktisyn in: "Everyone needs to say by his or her actions, that Quality is a way of life that they apply the same high standards of performance to their jobs as they do in their personal lives" (Ersoz et al., 1988: 1.21).

Volgens Gillies (1982: 382-393) is gehalteversekering in verpleging 'n proses waartydens:

'n teikengraad van verpleegtussentredebevoegdheid daar-gestel word;

stappe geneem word om toe te sien dat elke pasiënt hierdie aanvaarde vlak van verpleging ontvang.

Douglass (1984: 198) omskryf gehalteversekering as "'n meganisme waarvolgens die gehalte van verpleging bepaal, verwesenlik en beoordeel word. Die fokus is hier op pasiënt- en familietevredenheid, optimale fasiliteite en die voorsiening van 'n gesondheidsdiensklimaat, die metodes wat gebruik word om gesondheidsorg te verleen en die gevolge van gesondheidsdienslewering.

Jernigan & Young (1983: 9) se definisie is meer beskrywend, te wete dat gehalteversekering daardie veranderinge of verbeteringe is wat nodig is om oorlewing te verseker. Dit behels die daarstelling van standaarde vir bevoegdheid, die evaluering van werkverrigting aan die hand van gestelde standaarde en die neem van remedierende aksies wat nodig is om die gestelde standaarde te bereik.

Jarvis (1983: 12) se definisie stem hiermee ooreen, naamlik dat gehalteversekering in proses is waardeur die verbruiker van in spesifieke graad van waarde en bevoegdheid verseker word. Hierdie versekering word verkry deur middel van deurlopende meting en evaluering van die strukturele komponente, die beoefening van doelgerigte, wetenskaplike verpleging, die benutting van voorafbepaalde kriteria, norme en standaarde en opvolging deur betekenisvolle verandering met die oog op verbeterde dienslewering.

Schroeder & Maibusch (1984: 42) definieer gehalteversekering as die operaslonaldsering van gehalte en dit impliseer nie net die deurlopende evaluering van standarde nie, maar ook die volgehoue implementering van doelgerigte wetenskaplik gefundeerde praktykvoering.

Gehalteversekering is in beplande proses waarvolgens die gehalte van dienslewering objektief gemoniteer en geevalueer word, wat geleenthede vir verbetering identifiseer en wat in meganisme voorsien waarvolgens toepaslike remediërende aksies uitgevoer kan word om die verbeteringe te maak en te handhaaf (Sanazaro, 1986: 27). Lancaster & Lancaster (1982: 426) omskryf die begrip in in neutredop, te wete: "--- commitment to excellence in care "

■ **Gehalteversekering is dus in proses waardeur standarde gestel word, praktykbeoefening aan die hand van die gestelde standarde beoordeel word, en laastens die toepaslike remediëring op formele wyse plaasvind, ten einde die gesondheidsdienslewering te verbeter. Hierdie proses is skematies in figuur 1.1 (hoofstuk een) voorgestel.**

### 3.5 NAVORSINGSTUDIES MET BETREKKING TOT GEHALTEVERSEKERING IN PRIVAATHOSPITALE

In die literatuur word daar oor in verskeidenheid internasionale navorsingstudies wat oor gehalteversekering handel, dit wil sê diestel van standarde, werkverrigtings-evaluering en remediëring, verslag gedoen. Booyens (1987) het hierdie studies verken en slegs enkele tersaaklike internasionale en nasionale studies sal kortliks bespreek word.

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals se akkrediteringshandleidings wat sedert die 1960's verskyn het, bevat standarde wat van toepassing is in elke departement van in hospitaal. Hierdie organisasie het seker die grootste invloed op die formulering van standarde en gehalteversekering in gesondheidsdienste gehad (Ott, 1987: 57).

Die American Nursing Association (ANA) het sedert die sewentigerjare verskeie verpleegstandarde in alle kliniese spesialiteite beskikbaar gestel (American Nursing Association, 1974). The National League for Nursing (NLN) is verder

veral gemoeid met die stel van verpleegdiensstandaarde (National League for Nursing, 1976) ten einde 'n hoë gehalte van verpleging en verpleegdiensbestuur in die verenigde State van Arnerika te verseker.

In 1985 voltooi Pera (1985) die eerste ondersoek na verpleging in die Suid-Afrikaanse privaatsektor. Hierdie studie was egter gernoed met die ontwikkeling van 'n profiel van professionele verpleging in die privaatsektor 'en geen gehaltebeoordelings is onderneem nie.

Muller (1986) het in 'n ondersoek na gehalteversekering in 'n kardio-torakale verpleegeenheid in 'n privaathospitaal in Johannesburg, enkele riglyne gestel waarvolgens die gehalte van verpleging in hierdie verband verbeter kan word.

In 'n ondersoek na hoe pasiente hul verpleegsorg beleef, bevind Vermaak (1981) dat pasiente oor die algemeen tevrede was met die verpleging wat hulle by die navorsingshospitaal (openbare sektor) ontvang het. Geen besondere patroon van ontevredenheid kon uitgewys word nie.

Uys (1985) het 'n studie onderneem waarin sy die gehalteverpleging van eindstadiurn-nierv.ersakingspasiente, aan die hand van 'n wetenskaplik gefundeerde primere verpleegsorgbenadering, in die openbare sektor beoordeel het.

Bruwer (1986) het 'n ondersoek na gehalteversekering in verplegingsdienste in die openbare sektor uitgevoer en bevind dat gehalteversekering nie op 'n geformaliseerde wyse plaasvind nie. Sy beveel onder meer 'n gehalteversekeringsontwikkelings- en prosesnodel aan wat op makrovlak 'n ontwikkelingsfase insluit alvorens dit op mikrovlak geïmplementeer kan word (vergelyk figuur 3.10).

Die effektiwiteit van die toepassing van die wetenskaplike metode in verpleging in geselekteerde Suid-Afrikaanse provinsiale hospitale is deur Booyens (1987) ondersoek. Sy vergelyk die gehalte van verpleging (twee geselekteerde kliniese gevallestudies) in hospitale vanuit die openbare sektor waar die wetenskaplike metode van verpleging reeds geïmplementeer is, met dié waar diewetenskaplike metode nog nie formeel, volgens 'n geformaliseerde dokumentasiesistelsel, geïmplementeer is nie. Die vernaamste gevolgtrekking was dat hierdie ondersoek dit nie kon bevestig dat die implemen-

tering van die wetenskaplike metode in verpleging tot dusver 'n betekenisvolle verbetering in die gehalte van verpleging teweegbring het nie.

Bruwer (1988) evalueer die benutting van psigiatriese verpleegkundiges in Suid-Afrikaanse psigiatriese hospitale en stel vervolgens 'n gehalteversekeringsprogram in werking wat gehalteversekering in psigiatriese verpleegdienste in Suid-Afrika formaliseer.

Die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging identifiseer in 1986 sekere navorsingsprioriteite wat onder meer die formulering van standaarde in verpleging as 'n prioriteit uitlig (Paton, 1986: 14). Sedertdien is pasientonderrigstandaarde vir die verpleegpraktyk in algemene hospitale deur Uys, Coetzee, Muller, Robertson, Vermaak & Viljoen (1988b) geformuleer. 'n Evalueringsinstrument is daarvolgens ontwerp en gestandaardiseer, en 'n evaluering van die gehalte van pasiëntonderrig in algemene hospitale in Natal en die Oranje-vrystaat is uitgevoer. Hierdie ondersoek bevestig dat pasientonderrig nie na wense uitgevoer word nie en dat slegs 13% van die respondente (pasiente) 'n kennisvlak van 50% aangaande hul siektetoestand behaal het (Uys et al., 1988b: 51).

Terselfdertyd is verpleegdokumentasiestandaarde deur Uys, Booyens, Bruwer, Coetzee, Fölscher en Van Bruggen (1988a) geformuleer en die gehalte van verpleegdokumentering is deur hierdie navorsingsgroep in Transvaal (Pretoria, Witwatersrand en Vaaldriehoekgebied) en die Kaapse Skiereiland beoordeel. Twee privaathospitale is in hierdie ondersoek ingesluit. Die gehalte van verpleegdokumentering was ongeveer 60%, waarvan die privaathospitale die swakste resultate behaal het (Uys et al., 1988a: 27).

Peri-operatiewe operasiesaalstandaarde word deur Hamilton (1988) geformuleer en die gehalte van peri-operatiewe verpleging is in een hospitaal beoordeel. Sy bevind dat die operasiesaalverpleegkundiges se kennis oor gehalteversekering gebrekkig is en dat die gehalte van peri-operatiewe verpleging heelwat leemtes toon.

Roux (1988) formuleer interhospitaalvervoerstandaarde vir die siek neonaat en bevind dat die gehalte van interhospitaalvervoer, veral deur die privaatambulans in Johannesburg nie na wense is nie.

De Kleijn (1988) formuleer standaard vir onkologiese verpleging en beoordeel die gehalte van onkologiese verpleging in 'n vergelykende studie waartydens die span- en primere verplegingsmetodes in gebruik was. Die vernaamste bevindings van hierdie studie het getoon dat die implementering van die primêre verpleegmetode in merkbare verbetering in die gehalte van verpleging tot gevolg gehad het.

Alhoewel die formulering van verpleegstandaarde, asook die formele evaluering van gehalteverpleging, nog in sy kinder-skoene in Suid-Afrika is, het navorsing in hierdie verband die afgelope paar jaar begin momentum kry.

### 3.6 GEHALTEVERSEKERINGSMODELLE

#### 3.6.1 Inleiding

'n Model voorsien 'n wetenskaplike basis waarop gehalteversekering gebaseer word (Wright, 1984: 458). Gehalteversekering noodsaak 'n geldige konseptuele model wat deur die organisasie geselekteer is en waarop gehalteversekering gebaseer word.

Dit blyk uit die literatuuroorsig dat daar uiteenlopende menings oor gehalteversekeringsmodelle bestaan. Belangrike toepaslike nasionale en internasionale modelle word kortliks in oenskou geneem.

#### 3.6.2 Stelselmodel

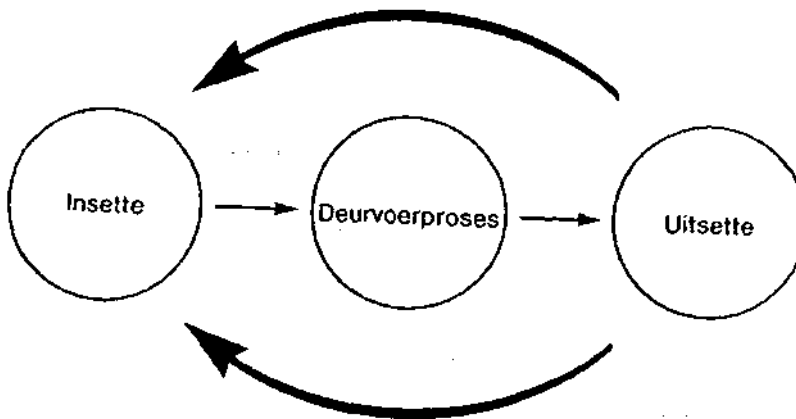
Donabedian (1969) is die grondlegger van gehalteversekering as 'n stelselmodel. Gehalteversekering is dus gebaseer op die stelselbenadering wat impliseer dat die verskeie komponente in 'n interafhanklike verhouding tot mekaar staan.

-r:::  
{ Gillies (1982: 56) sien die stelselbenadering as 'n belangrike instrument in die beplanning- en beheerfunksies van bestuur, en derhalwe in gehalteversekering. Die funksie van die stelsel is om inligting, energie of bronne te verwerk tot 'n beplande resultaat binne of buite die stelsel.

Die stelselmodel is dus 'n sikluslike proses wat uit die volgende bestaan:

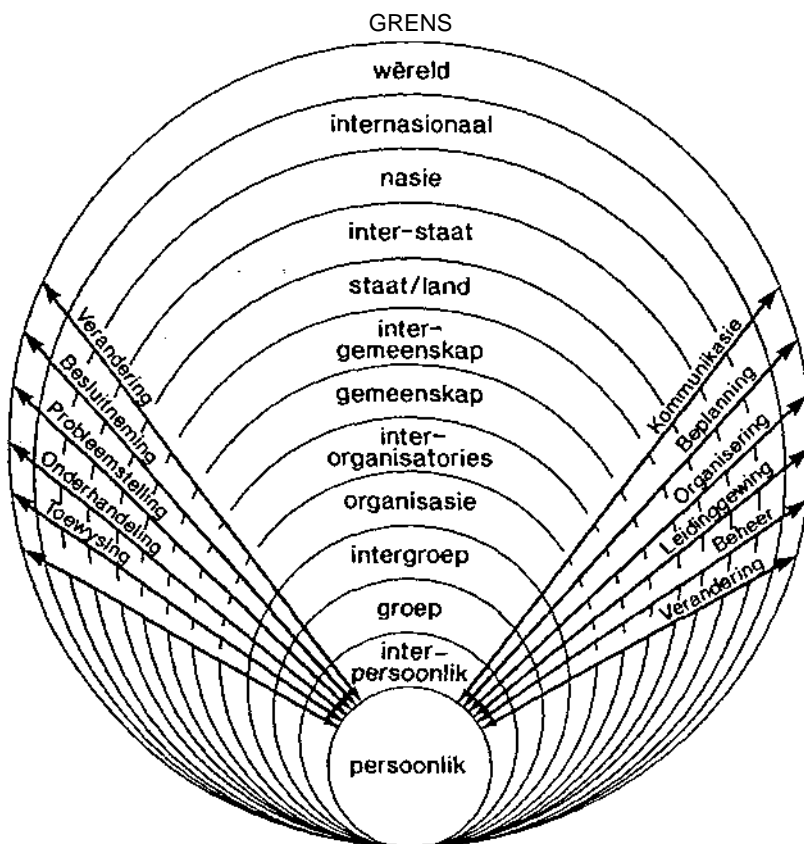
- \* Insette: die energie-draende en operasionele materiaal wat benodig word, byvoorbeeld inligting en hulpbronne.
- \* Deurvoerproses: die wyse waardeur die hulpbronne aangewend word om die doelstellings te bereik.
- \* Uitsette: verteenwoordig die resultate of produk wat bereik is.
- \* Terugvoering: die resultate word met voorafbepaalde kriteria vir doelbereiking vergelyk. Hierdie inligting word weer as insetbronne benut (vergelyk figuur 3.3).

Figuur 3.3 Skematiese voorstelling van die stelselmodel



In hierdie sikliese model speel die omgewing 'n dinamiese rol en betnvloed derhalwe die gehalte van insette, die deurvoerproses, asook die uitsette. In die gesondheidsdienste speel, die ekonomiese, sosio-politieke en opvoedingsveranderlikes 'n belangrike rol. In die gesondheidsdiensinstelling self is die gehalte van dienslewering afhanklik van omgewingsveranderlikes soos bestuurstyle, kommunikasiestrukture, veranderingstrategieë en persoonlike besluitnemingsvaardighede (vergelyk figuur 3.4).

Figuur 3.4 Skematiese voorstelling van gesondheidsdienste as 'n stelsel (aangepas uit Ersoz et al., 1988: 2.2)



(:halteversekering word deur verskeie outeurs OP die stelselbenadering gebaseer soos deur Douglass (1984: 198) omskryf, naamlik die daarstelling van standarde of kriteria as die insetdimensie, die vergelyking van werklike werkverrigting met gestelde standarde as die deurvoerdimensie en remediering as die uitsetdimensie.

In VerplQegkundige gehalteversekeringsprogram is volgens Schroeder & Maibusch (1984: 52) ook op die stelselmodel gebaseer, met die gehalteversekeringsaktiwiteite as die insette, gestruktureerde veranderLnqaprosesse as die deurvoerdimensie en verbeterde dienslewering asook In geformaliseerde gehalteversekeringsprogram as die uitsetdimensies.

In die gesondheidsorgstelsel vorm komplekse menslike insette van pasiente, gesondheidspraktisyns en bestuursmannekrag, die basis waarvolgens die gesondheidsdiensleweringproses uitgevoer word ten einde gesondheid as uitset te bewerkstellig.

Omdat gehalteversekering In formele proses is wat uit sekere insette, deurvoerprosesse, en resultate bestaan, fundeer die navorser gehalteversekering op die stelselmodel. Sekere stappe moet sistematies uitgevoer word, elkeen interafhanklik van die ander, en die resultate beinvloed weer eens die insetdimensie (vergelyk figure 1.1 en 3.3).

Die stelselmodel is voorts deterministies van aard, dit wil sê normproduserend. Gehalteversekering is ook deterministies en normproduserend van aard en kan derhalwe as In stelselmodel verbeeld word.

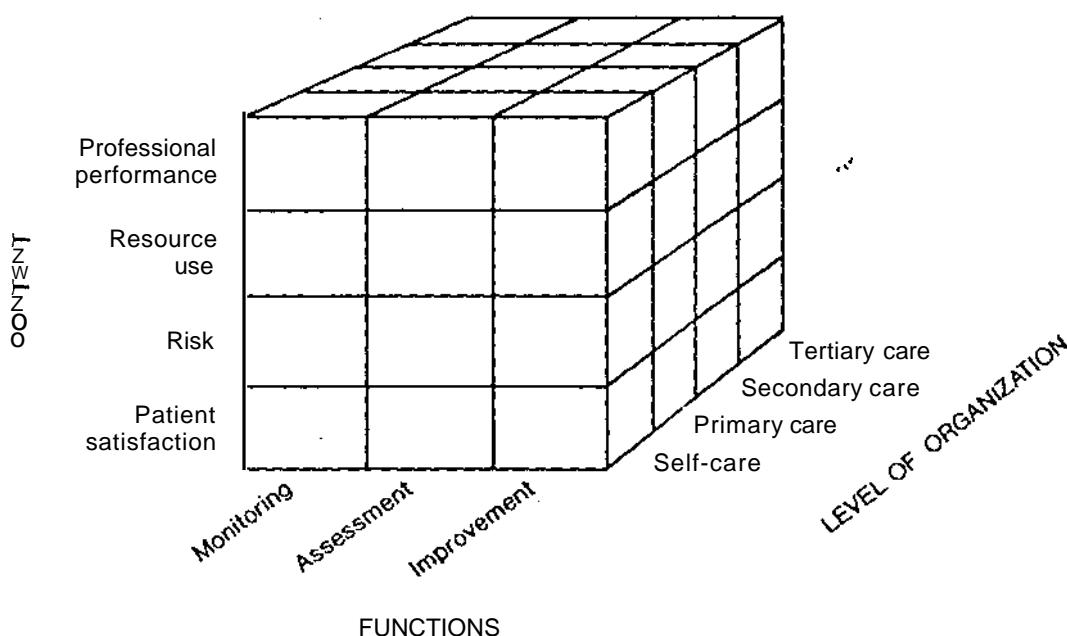
### **3.6.3 WGO-gehalteversekeringsmodel**

Die WGO-werkgroep het In nasionale, driedimensionele matriks-gehalteversekeringsmodel ontwerp (vergelyk figuur 3.5). Dit akkommodeer eerstens die komponente van In hoë gehalte gesondheidsdienslewering, naamlik professionele werkverrigting, effektiewe bronbenutting, risikobestuur en pasient-tevredenheid (vergelyk 3.4.1). Hierdie dienslewering vind op vier vlakke plaas, te wete selfsorg, die primere, sekondere en tersiere vlak.



Gehalteversekeringsaktiwiteite sluit die monitering van gesondheidsorg in, wat volgens verskeie wetenskaplike metodes uitgevoer kan word; die identifisering en beraming van probleme wat op geldige data gebaseer is; en die verbetering van sorg wat op 'n wetenskaplike wyse, met inagneming van die beginsels van organisatoriese- en gedragsverandering, teweeggebring word (World Health Organization, 1983: 10-16) •

Figuur 3.5 Skematiese voorstelling van die WGO se driedimensionele matriksmodel  
(World Health Organization, 1983: 14)

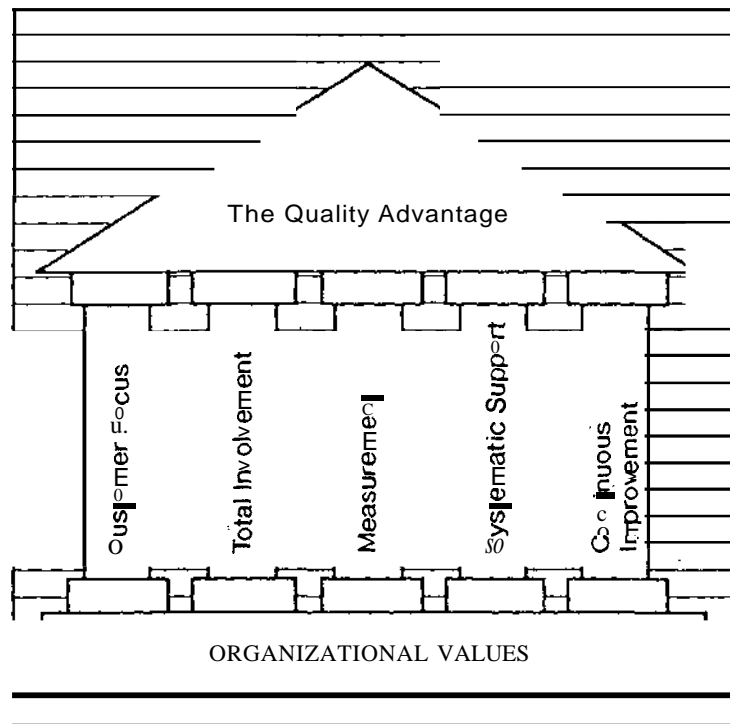


#### 3.6.4 Joint Commission on Accreditation of Hospitals se gehalteverbeteringsmodel

Die Joint commission on Accreditation of Hospitals verwerp tans "n gehalteversekeringsmodel omdat "n hoë gehalte gesondheidsorg nie noodwendig gewaarborg kan word nie en propageer 'n gehalteverbeteringsmodel wat op die verbeterde funksionering van die totale organisasie fokus (Ersoz et al., 1988: 1.22-26).

Hierdie gehalteverbeteringsmodel bestaan uit vyf pilare (vergelyk figuur 3.6) gebaseer op die organisasie se waardes. Dit poeg om die "Big Q"-benadering (vergelyk figure 3.1 en 3.2) te volg waarvolgens die totale funksionering van die gesondheidsdiens verbeter word (Ersoz et al., 1988: 1.22-26).'

Figuur 3.6 Skematiese voorstelling van die JeAH se pdaamsodel (Ersoz et al., 1988: 1.22)



#### a) Identifisering van klientbehoefte

Die eerste stap in hierdie pilaarmodel is die identifisering van klientbehoefte. Die aard en omvang van dienste wat gelewer word moet deur die organisasie omskryf word en selfs op departementele of verpleegeenheidsvlak moet hierdie

behoefte uitgespel word: "Everyone in your organization must understand the requirements of all their customers and continue to meet these requirements even while working to improve their own processes" (Ersoz et al., 1988: 1.23).

b) Totale betrokkeriheid

Tweedens is betrokkenheid van alle praktisyns 'n voorwaarde vir gehalteverbetering. Dit sluit die sogenaamde "unrecognized quality experts" in, dit wil sê diegene wat betrokke is by die werklike pasiëntsorg en in der waarheid spesialiste in die spesifieke veld van dienslewering is wat nie altyd, tydens probleemoplossing en die beplanning van remediërende maatreels, geken word nie (Ersoz et al., 1988: 1.23).

c) Meting en evaluering

Die werklike meting en evaluering van die gehalte van dienslewering is die derde stap in gehalteverbetering. Prioriteite in hierdie verband, dit wil sê die, spesifieke evalueringsaanwysers, is afhanklik van klientbehoefte en prioriteite in die betrokke afdeling. Die praktisyns moet dus self hierdie aanwysers vasstel en prioriteite vir evaluering daarvolgens bepaal (Ersoz et al., 1988: 1.24).

d) Sistematiese ondersteuning

Die volgende gehalteverbeteringspilaar, naamlik sistematiese ondersteuning, sluit 'n nougesette organisatoriese ondersteuning in. Die organisasie se verbintenis tot gehalte dienslewering moet, deur middel van beleid, finansies en ander strukturele aspekte, die strategiese doelstelling van gehalteverbetering, navolg. "Too often, good ideas produce mediocre results because of a lack of systematic support" (Ersoz et al., 1988: 1.24).

e) Deurlopende verbetering

Deurlopende verbetering van gehalte is die laaste pilaar waarop hierdie model gebaseer word. "The Quality journey is a continuous search for a better way" (Ersoz et al., 1988: 1.14) en impliseer dus volgehoue pogings om die dienslewering te verbeter.

### **3.6.5 Verpleegkundige gehalteversekeringsmodelle**

#### **3.6.5.1 Inleiding**

Daar is verskeie modelle vir verpleging gepubliseer, waarvan Florence Nightingale (1859/1980) en Virginia Henderson (1966) se modelle van die bekendstes is. Alhoewel teoretiese begronding van die model belangrik is, waarsku Bergman (1982a: 53) dat "theories should guide research, not dictate it."

Wright (1984: 457) is van mening dat veral die evalueringsproses nie sonder grondige konseptuele fundering geldige resultate kan oplewer nie. "Before quality of nursing can be evaluated, the nature of nursing must be clarified" (Wright, 1984: 457). 'n Persepsie van wat verpleging is moet in 'n verpleegkundige gehalteversekeringsmodel ingesluit word. Hierdie persepsie ontwikkel vanuit verskeie definisies van verpleegkunde en verpleegteorie wat as wetenskaplike raamwerk dien waaruit geldige standaarde ontwikkel kan word en evalueringstelsels vervoegens ontwerp kan word (Wright, 1984: 458).

Alhoewel daar verskeie gehalteversekeringsmodelle vir die verpleegpraktyk ontwerp en beskryf is, volstaan die navorser vir die doeleindes van hierdie studie, by die volgende modelle wat as basis vir 'n suid-Afrikaanse model dien.

#### **3.6.5.2 Die model van Norma Lang**

Norma Lang (1976) ontwerp 'n gehalteversekeringsmodel wat uit die volgende komponente saamgestel is:

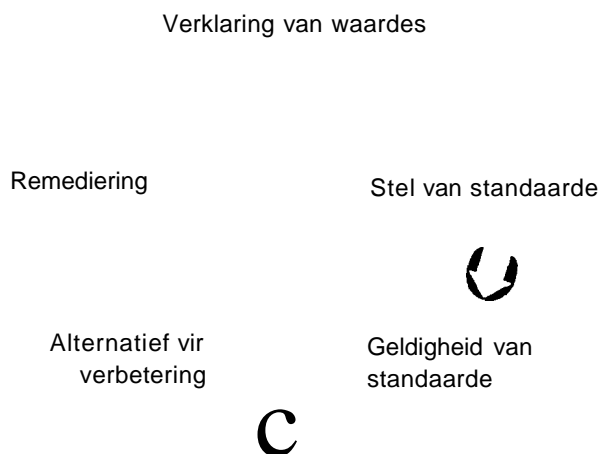
verklaring van waardes: sosiale en professionele waardes en wetenskaplike kennis dien hier as die primere insette;

daarstelling van standaarde: proses-, struktuur- en produkstandaarde gebaseer op die Donabedian-beginsel;

bepaling van die graad van realisme en geldigheid van die standaarde en werklike praktykvoering;

selektering van die mees toepaslike alternatiewe waardeur die verpleegpraktyk verander of verbeter kan word; verbetering van die praktyk (vergelyk figuur 3.7).

Figuur 3.7 Skematiese voorstelling van Lang se gehalteversekeringsmodel



Hierdie model is relatief eenvoudig en volgens Bruwer (1986: 262-263) geskik vir die Suid-Afrikaanse verpleegpraktyk, veral in die ontwikkelingsfase van gehalteversekering.

### ✓ 3.6.5.3 Die model van Laing & Nish

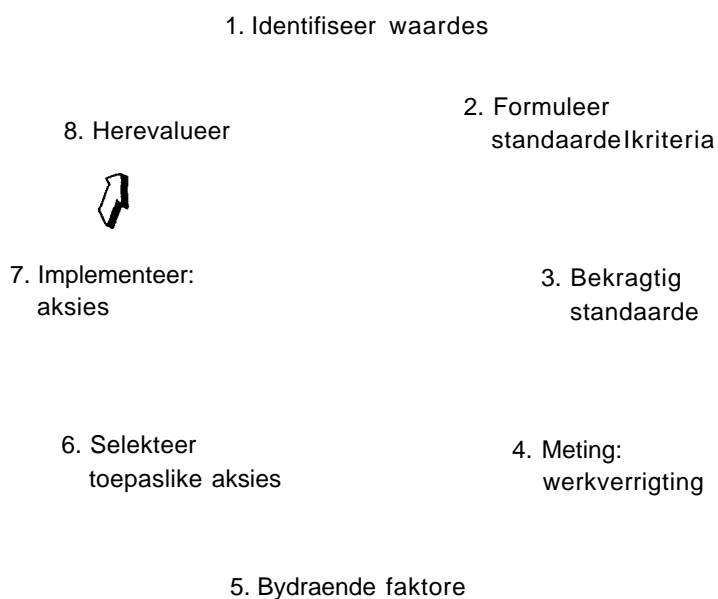
Die Amerikaanse Verpleegstersvereniging aanvaar Lang se model, wat verder deur Laing & Nish (1981: 22-24) tot agt stappe verfyn word:

- die identifisering en gemeenskaplike aanvaarding van waardes;
- die selektering van kriteria en die formulering van proses-, struktuur- en produkstandaarde;
- die bekragtiging van standaarde en kriteria;
- die evaluering van werklike werkverrigting teen gestelde standaarde;
- die analisering van die bydraende faktore wat resultate beïnvloed, dit wil sê al die eksterne veranderlikes soos personeeltekort;
- die selektering van die toepaslike aksies wat nodig is om in hoë standaard van verpleging te handhaaf;

die implementering van toepaslike aksies, 'n stap wat doelgerigte beplanning vereis;  
 herevaluering van die effektiwiteit van die toepaslike aksies (vergelyk figuur 3.8).

Hierdie model propageer 'n uitbreiding van die evaluerings- en remediëringsprosesse, wat ook in die Suid-Afrikaanse verpleegpraktyk waardevol kan wees.

**Figuur 3.8** Skematiese voorstelling van Laing & Nish se gehalteversekeringsmodel  
 (aangepas uit Laing & Nish, 1981: 23)

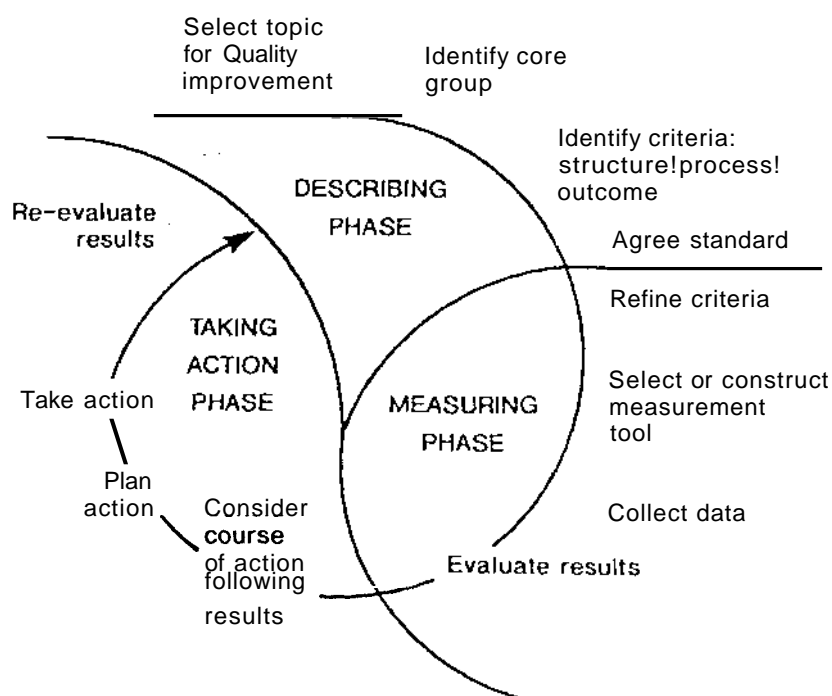


#### 3.6.5.4 Die Britse model

In Brittanje het die Royal College of Nursing en die verpleegkundige topbestuur van die National Health System, 'n gehalteversekeringsmodel ontwerp wat uit drie fases bestaan, te wete die beskrywende fase, die metingsfase en die korrektiewe-aksie-fase (vergelyk figuur 3.9).

Hierdie model het In probleemoplossingsbenadering wat op die drie vlakke van Brittanje se gesondheidsdiensleweringstelsel, naamlik distrik, organisatoriese en plaaslike vlakke, gehanteer word. Probleme wat die gehalte van verpleging beïnvloed word deur In groep geïdentifiseer. In die beskrywende fase word standarde vir hierdie spesifieke onderwerpe deur die sorgleweringsgroepe geformuleer, geldig verklaar en toepaslike kriteria ontwerp. In die tweede fase word die gehalte van verpleging, aan die hand van hierdie diensleweringskriteria gemeet en beoordeel, waarna remediërende maatreels in die derde stap deur die toepaslike toesighouers uitgevoer word (Kitson, 1988: 29-32).

Figuur 3.9 Skematiese voorstelling van die Britse gehalteversekeringsmodel (Kitson, 1988: 30)



Bruwer (1986: 263) stel 'n suid-Afrikaanse gehalteversekeringsmodel vir die verpleegpraktyk voor. Hierdie model maak voorsiening vir 'n ontwikkelingsfase, wat opleiding in gehalteversekering, situasie-analisering van die verpleegpraktyk, strategiebepaling vir programimplementering en beleidformulering as opeenvolgende stappe insluit, alvorens gehalteversekering geformaliseer kan word (vergelyk figuur 3.10) •

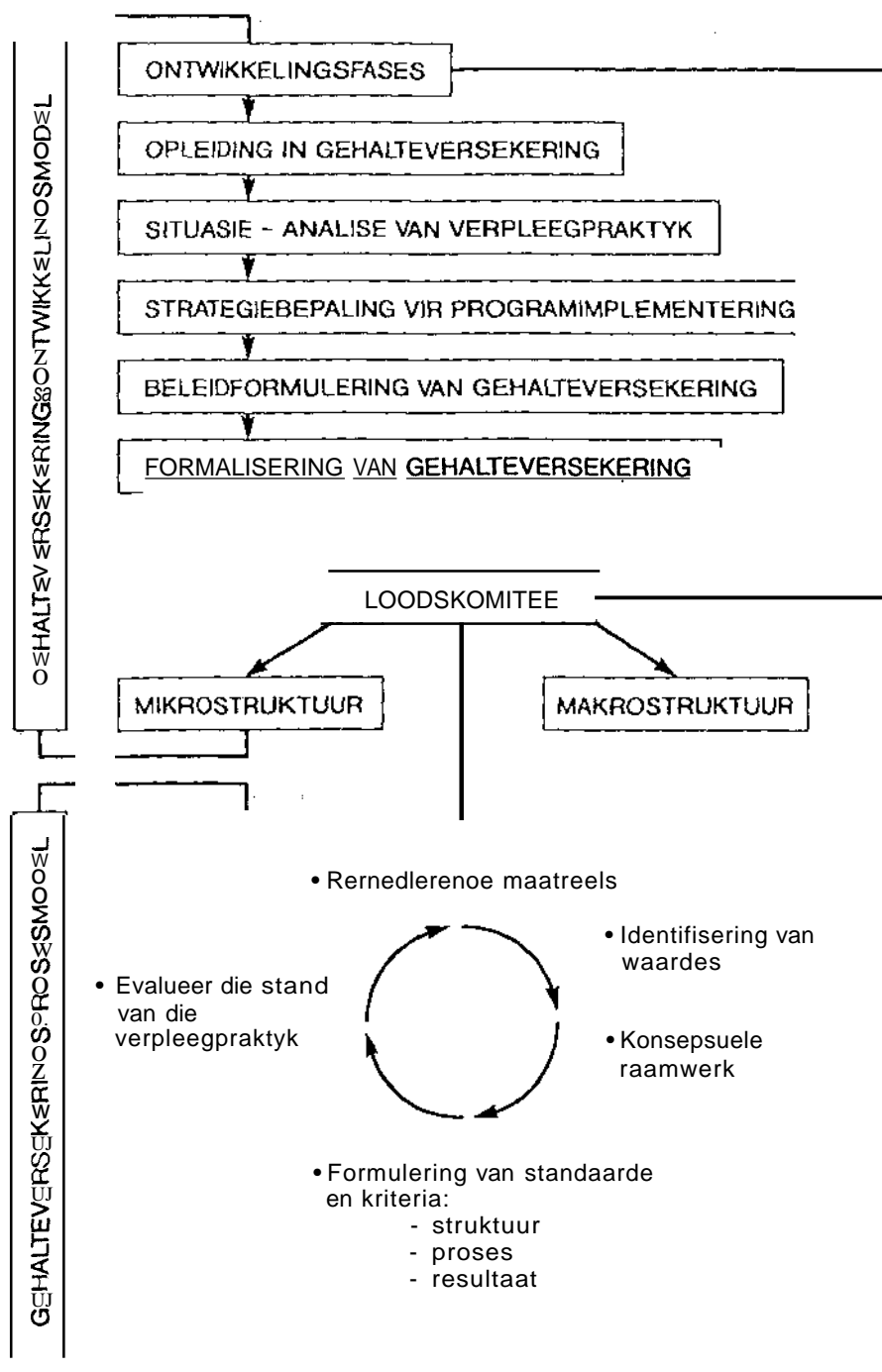
Op beide die makro- en mikrovlakke integreer Bruwer (1986: 263) Lang se gehalteversekeringsmodel, wat 'n siklusmodel is waarin standarde geformuleer word, die stand van die verpleegpraktyk beoordeel word en die nodige remediering vir gehalteverbetering uitgevoer word.

Hierdie model kan ook met vrug in privaathospitale aangewend word in beide die mikro-en makrobenaderings.



Figuur 3.10 ✓

Skematiese voorstelling van Bruwer se  
gehalteversekeringsmodel  
(Bruwer, 1986: 263)



### 3.7 DIE DOELSTELLINGS VAN GEHALTEVERSEKERING

#### 3.7.1 Inleiding

Die Wereldgesondheidsorganisasie se werkgroep het onder meer aandag gegee aan die redes vir en doelstellings van gehalteversekering in gesondheidsdienste. Professionele, sosiale en pragmatiese motiewe is deur die WGO-werkgroep as kernredes aangevoer.

#### ✓3.7.2 Motiewe

##### a) Professionele motiewe

Een van die kenmerke van professionalisme is die strewe na voortreflikheid en om self-regulerend op te tree. "Professional motives for quality assurance are of key importance in motivating health care practitioners to become involved in quality assurance activities" (World Health Organization, 1983: 3). professionele motiewe speel dus in kernrol in die daarstelling van gehalteversekeringsprogramme.

##### b) Sosiale motiewe

Die gesondheidspraktisyn is aan die pasient en publiek aanspreeklik vir die lewering van 'n hoë gehalte diens. Die behoefte om die pasient se veiligheid te verseker en om die publiek teen ontoereikende en sub-optimale, of selfs skadelike praktyke te beskerm, noodsaak die instelling van gehalteversekering (World Health Organization, 1983: 3-4).

##### c) pragmatiese motiewe

Die realisasie van 'n organisasie se missie, asook die Wereldgesondheidsorganisasie se definisie van gesondheid, noodsaak die instelling van gehalteversekeringsprogramme waarvolgens 'n hoë gehalte dienslewering bewys kan word. 'n Magdom data is deesdae beskikbaar wat, indien die organisasie oor 'n gehalteversekeringsprogram beskik, sinvol verwerk kan word vir optimale probleemoplossing en die bereiking van langtermyn doelstellings (World Health Organization, 1983: 4).

Die literatuur bevat heelwat doelstellings van gehalteversekering, op mikrovlak gerig. Vir die doeleindes van hierdie studie volstaan die navorser by die makrodoelstellings, soos deur die WGO-werkgroep geformuleer.

Die WGO-werkgroep is van mening dat die formuiering van doelstellings vir gehalteversekering die komponente, soos in die definisie van gehalte vervat, moet aanspreek, naamlik professionele werkverrigting, effektiewe bronverbruik, risikobestuur en pasient tevredenheid (vergelyk 3.4.1). Die uitdaging van gehalteversekering in gesondheidsorg lê egter opgesluit in die WGO-werkgroep se omskrywing van die doelstellings van gehalteversekering:

" to assure that each patient receives such a mix of diagnostic and therapeutic health services as is most likely to produce the optimal achievable health care outcome for that patient, consistent with the state of the art of medical science, and with biological factors such as the patient's age, illness, concomitant secondary diagnoses, compliance with the treatment regimen, and other related factors; with the minimal expenditure of resources necessary to accomplish this result; at the lowest achievable risk of additional injury or disability as a consequence of the treatment; and with maximal patient satisfaction with the process of care, his/her interaction with the health care system, and the results obtained" (World Health organization, 1983: 5).

Die WGO-werkgroep is verder van mening dat elke nasionale gehalteversekeringsprogram/stelsel hierdie komponente, soos in die doelstelling vervat, moet aanspreek. Mikro gehalteversekeringsprogramme sal noodwendig die fokus verskuif, maar moet die volgende waarskuwing ter harte neem: "Exclusive attention to only one of the four components could lead to invalid conclusions about the quality of service and to faulty programme or policy decisions about the allocation of resources or future directions for the health care delivery system (World Health Organization, 1983: 5).

### 3.7.3 Doelstellings

Die WGO-werkgroep (World Health Organization, 1983: 5-6) se finale gevolgtrekking is dat 'n nasionale gehalteversekeringsprogram in gesondheidsdienste die volgende doelstellings moet nastreef:

#### a) Openbare aanspreeklikheid

Die voorsiening van 'n geformaliseerde meganisme waarvolgens 'n hoë gehalte gesondheidsdienslewering bewys kan word ten einde openbare aanspreeklikheid na te kom.

#### b) Die verbetering van bestuur

Gehalteversekeringsprogramme moet positief aangewend word om die bestuur van die diens te verbeter deur die effektiewe aanwending van 'n probleemoplossingsbenadering. Tekortkominge in die vier komponente, naamlik tegniese gehalte, effektiwiteit, uitskakeling van risiko's, en pasienttevredenheid, moet beraam word en bestuurstrategieë moet vir die oplossing van die probleme, ontwerp en uitgevoer word.

#### c) Fasilitering van vernuwings

Die derde doelstelling van gehalteversekeringsprogramme is om vernuwings te fasiliteer. Gehalteversekeringsaktiwiteite stimuleer vindingrykheid en die praktisyns moet die geleentheid gebied word om vernuwings, waardeur die kernkomponente van gehalteversekering aangespreek kan word, te inisieer en te implementeer.

Uit die voorafgaande literatuuroorsig is dit duidelik dat elke gesondheidsdiensinstelling oor 'n gehalteversekeringsstelsel of program moet beskik ten einde sy gehalte gesondheidsdienslewering op 'n wetenskaplike wyse te verantwoord.

## 3.8 DIE BEGINSELS VAN GEHALTEVERSEKERING

### 3.8.1 WGO-perspektief

Die WGO-werkgroep propageer die volgende beginsels vir die formalisering van gehalteversekering in gesondheidsdienste op 'n makrovlak (World Health Organization, 1983: 7-18).

a) oorweging van finansiële en geregtelike implikasies

Elke land se benadering ten opsigte van gesondheidsdiens-finansiering is uniek en derhalwe is finansiële toewysing vir gehalteversekering 'n politieke besluit wat met sensitiwiteit benader moet word. Die moontlikheid van geregtelike stappeteeen professionele praktisyns engesondheidsdiensorganisasies wanneer nie aan minimum standarde voldoen word nie, sal noodwendig in oenskou geneem moet word wanneer nasionale strategieë vir gehalteversekering oorweeg word (World Health organization, 1983: 7).

b) Ontwikkeling van openbare ondersteuning

Die WGO-werkgroep is van mening dat die ontwikkeling van openbare ondersteuning ten opsigte van gehalteversekering professionele motivering in hierdie verband sal bevorder. Die werkgroep waarsku egter teen die verpolitisering van gehalteversekering in gesondheidsdienste, asook 'n negatiewe reaksie van mediese praktisyns indien gehalteversekeringsbetrokkenheid deur wetgewing verpligtend gemaak word, soos in die geval van die Amerikaanse "Professional Standards Review Organization's programme" (World Health Organization, 1983: 7-8).

c) Stimulering van professionele nuuskierigheid

Om professionele gesondheidspraktisyns, veral geneeshere, by gehalteversekeringsaktiwiteite betrokke te kry, blyk 'n probleem te wees. Die WGO-werkgroep is van mening dat die gebruik van gehalteversekeringsresultate nuuskierigheid by hierdie praktisyns sal stimuleer en positiewe betrokkenheid daardeur sal bevorder. Datastelsels moet optimaal benut word om die resultate van praktykveranderinge aan die praktisyns te demonstreer (World Health Organization, 1983: 8).

d) Opleiding van studente

Gehalteversekering moet in die kurrikulum van alle gesondheidspraktisyns ingesluit word. "There is a great need for effective educational programmes to be developed for medical students, nursing students, and students of the various other health disciplines, and to include the philosophy, knowledge, and skills of quality assurance activities" (World Health Organizations, 1983: 8).

e) Ontwikkeling van ondersteuningsbronne

Wanneer gehalteversekering in gesondheidsdienste deur In land as In doelstelling aanvaar is, moet ondersteuningsbronne ontwikkel en aan vier teikengroepe beskikbaar gestel word, naamlik die publiek; beleidbepalers en bestuurders van gesondheidsdiensinstellings, professionele praktisyns en studente. Die professionele, sosiale en pragmatiese motiewe (vergelyk 3.7) en professionele aanspreeklikheid vir gehalteversekering moet versterk en beklemtoon word.

Die variërite van hierdie ondersteunings- en inligtingsbronne word bepaal deur elke land se infrastruktuur en finansiële beperkinge (World Health organization, 1983: 9).

f) ontwikkeling van ondersteuning tussen institusionele administrateurs

Die WGO-werkgroep beklemtoon die feit dat gehalteversekering In bestuursverantwoordelikheid is en dat die fasilitering daarvan die aanspreeklikheid van die bestuur is. Die ontwerp en inwerkingstelling van dataversameling- en verwerkingstelsels kan bevorder word indien institusionele samewerking in hierdie verband bestaan (World Health Organization, 1983: 9).

g) Die ontwikkeling van wetgewing

Alhoewel die ontwikkeling en implementering van gehalteversekeringsprogramme aanvanklik In impak op die organisasie se begroting kan maak, het dit In langtermyn finansiële voordeel vir die land in geheel. "They can, however, result in substantial local changes in patterns of care with resultant favourable impacts on both the process of health care and its results" (World Health Organization, 1983: 10). Die WGO-werkgroep is van mening dat nasionale wetgewing in hierdie verband in vereiste is. Die gesondheidsdiensinstellings moet op een of ander wyse gedwing word om aandag aan gehalteversekeringsprogramme te gee.

h) Gehalteversekeringsaktiwiteite

Die WGO-werkgroep stel In meervoudige benadering in gehalteversekeringsaktiwiteite in gesondheidsorg voor. Gehalteversekeringsaktiwiteite moet egter die monitering van

gehalte, die oplossing van probleme en die verbetering van sorg op al die vlakke van gesondheidsdienslewering insluit, volgens die driedimensionele benadering, soos in figuur 3.5 geïllustreer.

Die monitering van gehaltesorg moet op 'n wetenskaplike wyse geskied en die standaarde en norme moet deur die professionele praktisyns self opgestel word. Die metodes waarvolgens probleme geïdentifiseer word is die keuse van elke organisasie, met dien verstande dat die probleme wel geïdentifiseer en opgelos word: "Regardless of the method selected, or the data sources employed, the result of the assessment must be a clear understanding of whether or not there is in fact a problem and what the causes of that problem are. This then can serve as the focus for the third essential function, improvement in the quality of services" (World Health Organization, 1983: 12)..

Die WGO-werkgroep beklemtoon die feit dat gehalteversekering op alle vlakke van gesondheidsdienslewering moet plaasvind, te wete in die selfsorg, primêre, sekondêre en tersiêre sorgvlakke. Hierdie gehalteversekering fokus op die professionele werkverrigting van elke gesondheidspraktisyn, die wyse waarop bronne benut word, risiko-identifisering en -voorkoming, asook pasient tevredenheid met die sorg (vergelyk figuur 3.5).

Vervolgens is die opleiding van professionele gesondheidspraktisyns 'n gehalteversekeringsaktiwiteit wat in nasionale strategie noodsaak. "One of the major difficulties that has handicapped the development and dissemination of quality assurance programmes has been the lack of education among health care professionals and health care students in the nature, objectives, and methods of health care quality assurance" (World Health Organization, 1983: 13). Die beplanning en ontwikkeling van opvoedingstrategiee vir die publiek en politici ten einde die nodige ondersteuning vir gehalteversekering in gesondheidsdienste te verkry, moet ook nie agterweë gelaat word nie (World Health Organization, 1983: 15).

Wanneer gehalteversekering in gesondheidsdienste nog nie in 'n land geformaliseer is nie, is navorsing en die ontwikkeling van gehalteversekering 'n voorvereiste, met die nodige finansiële voorsiening: "The designation of a speci-

fic percentage of the national health bUdget for research and development in evaluation and quality control is a reasonable approach towards improving the quality of services and developing more effective programmes for their delivery in a particular socio-political environment" (World Health Organization, 1983: 15).

Die ontwikkeling van inligtingstelsels vir die monitering van gehalteversekering is 'n tydrawende en ingewikkelde proses. Die WGO-werkgroep stel voor dat navorsing op nasionale vlak gekoördineer moet word, met die nodige internasionale konsultasie om koste-effektiewe stelsels te ontwikkel. Die bruikbaarheid van 'n spesifieke stelsel is egter gebaseer op die land se nasionale filosofie en gekose benadering ten opsigte van gehalteversekering. Die monitering van struktuur-, proses- en produkstandaarde sal die aard van die inligtingstelsel bepaal. Die WGO-werkgroep waarsku egter teen 'n stelsel wat nie akkurate resultate weergee nie met gevolglike negatiwiteit teenoor gehalteversekering in geheel. (World Health organization, 1983: 15-16).

Laastens moet gehalteversekeringsaktiwiteite ook remedierende maatreelsinsluit ter verbetering van dienslewering. personeelontwikkelingsprogramme moet aan die hand van behoeftes soos deur moniteringsresultate weerspieel, geloods word. Hierdie personeelontwikkelingsprogramme moet op gedragsverandering van die individue fokus, wat sekerlik een van die moeilikste gehalteversekeringsaktiwiteite is. Die WGO-werkgroep beveel die oorweging van beloningstelsels aan en beklemtoon dat die sukses van gehalteversekering in organisatoriese verandering lê. Organisatoriese veranderingstrategie moet dus op nasionale vlak beskikbaar gestel word en die nodige opleiding moet verskaf word (World Health organization, 1983: 17-19).

### 3.8.2 Die perspektief van die Joint Commission on Accreditation of Hospitals

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals beklemtoon veral die verbintenis van alle betrokkenes as een van die vernaamste beginsels van gehalteversekering en waarsku teen struikelblokke soos 'n gebrek aan institusionele verbintenis, 'n gebrek aan interne waardes, 'n atmosfeer van vrees en 'n gebrek aan inligting en inligtingstelsels waar-



volgens geldige data versamel, verwerk en weergegee word (Ersoz et al., 1988: 1.9).

In hierdie verband propageer die JCAH die volgende organisatoriese beginsels, soos deur Ersoz et al. (1988: 1.11-14) weergegee:

- \* Die organisasie se missie ten opsigte van gehalteversekering en -verbetering is duidelik uitgespel en aan die werknemers bekendgestel.
- \* Die organisatoriese kultuur plaas 'n hoë premie op gehalteverbetering en stimuleer 'n kommunikasienetwerk in die organisasie wat deelnemende besluitneming en effektiewe probleemoplossing demonstreer " ... and thus promotes a high degree of commitment to quality patient care" (Ersoz et al., 1988: 1.11).
- \* Die strategiese programbeplanning in die organisasie demonstreer die doelstelling om die gehalte van pasiëntsorg deurlopend te verbeter en daar is derhalwe bewys van 'n geïntegreerde finansiële, strategiese, bron en programbeplanning " ... to ensure the organization's capacity to continuously improve the quality of patient care " (Ersoz et al., 1988: 1.11).
- \* Organisasoriese verandering vind plaas wanneer die aanbevelings, gegrond op gehalte-evaluerings, dit noodsaak.
- \* Leierskapvaardighede, op bestuurs- sowel as kliniese vlak, is teenwoordig en daar is bestaande programme om hierdie vaardighede voortdurend te ontwikkel.
- \* Die organisasie het 'n deurlopende gehalteversekeringsprogram en aanbevelings, gegrond op die evaluering van werkverrigting, word positief deur die bestuur aangewend.
- \* Effektiewe personeelbestuur word as deel van die gehalteversekeringsproses gesien ten einde 'n hoë gehalte van dienslewering te verseker.

- \* Fasiliteite, toerusting en die nodige tegnologie word verkry en is kongruent met die organisasie se missie en doelstellings om gehalte dienslewering te bewerkstellig.
- \* Ten laaste demonstreer die organisasie optimale integrasie en koördinasie tussen die verskillende departemente waardeur konflikbestuur effektief toegepas kan word en 'n hoë gehalte van dienslewering te alle tye nagestreef word.

Alhoewel daar tans in die Amerikaanse gesondheidsdienste 'n klemverskuiwing vanaf gehalteversekering na gehalteverbetering is, is daar desnieteenstaande beginsels wat op albei hierdie 'benaderings betrekking het. Dit is duidelik dat daar 'n geformaliseerde stelsel moet bestaan wat 'n gekoördineerde benadering vereis en 'n verbintenis van alle betrokkenes verg.

Dit blyk uit die literatuuroorsig dat die leier, en derhalwe die bestuur, 'n baie belangrike rol in gehalteverbetering speel. "Deming believes that leaders are doing their proper jobs only when they improve the processes and systems that are used to add quality, to increase value, and to improve service to the customer" (Gillem, 1988: 78). Die verpleeg-administrateur in 'n privaathospitaal is aanspreeklik vir 'n hoë gehalte verpleging en het dus ook 'n kernrol in hierdie verband te vertolk.

Die beginsels van gehalteversekering en -verbetering, soos deur die WGO-werkgroep en die JCAH voorgestel is, behoort met vrug deur enige nasionale of institusionele gesondheidsdiens aangewend te kan word.

### 3.9 DIE PROSES VAN GEHALTEVERSEKERING

#### 3.9.1 Standaarde as hoeksteen vir gehalteversekering

##### 3.9.1.1 Begripsomskrywing

##### a) Standaard

Hierdie begrip word deur etlike navorsers verskillend gedefinieer. Gillies (1982: 97) definieer 'n standaard as 'n beskrywende verklaring van die verwagte vlak van werk-

verrigtingwaaraan die gehalte van struktuur-, proses- en produkstandaarde beoordeel kan word.

Alexander (1978: 70) omskryf 'n standaard as 'n model van werkverrigting wat deur 'n outoritere liggaam as aanvaarbaar vir 'n spesifieke doel gestel word. Oit omskryf dus wat gedoen behoort te word en identifiseer ook die omstandighede waaronder die bogenoemde vlak van werkverrigting gelewer kan word.

Oivincenti (1977: 136) vereenvoudig hierdie definisie en omskryf 'n standaard as kriteria waaraan werkverrigting gemeet kan word. Mason (1978: 1) deel hierdie omskrywing en is van mening dat 'n standaard nie net 'n geldige, eksplisiete beskrywing van die verwagte vlak en proses van werkverrigting is nie, maar ook die metingskriteria waaraan hierdie verwagte vlak van werkverrigting beoordeel kan word, bevat.

Die JCAH definieer 'n standaard nie net as die verwagte vlak van werkverrigting nie, maar heg 'n deterministiese of norm-gebonde waarde daaraan. Hulle is van mening dat 'n standaard die kwantifiseerbare drempelwaarde ("threshold") vir evaluering moet insluit (Ersoz et al., 1988: 6.3-5).

Die Wereldgesondheidsorganisasie se werkgroep definieer 'n standaard as 'n bereikbare vlak van werkverrigting in verhouding tot 'n kriterium waarmee werklike werkverrigting vergelyk kan word (World Health Organization, 1984: 3).

## **b) Kriteria**

Gillies (1982: 97) definieer 'n kriterium as die waarde-vrye beskrywing van 'n veranderlike wat 'n relevante aanwyser van hoë gehalte is en dus as 'n maatstaf dien waaraan gehalte beoordeel word. Die Wereldgesondheidsorganisasie se werkgroep deel hierdie omskrywing en definieer 'n kriterium as 'n veranderlike wat as 'n aanwyser van die gehalte van verpleging kan dien (World Health Organization, 1984: 3).

## **c) Norm**

'n Norm verwys na die huidige vlak van werkverrigting in verhouding tot 'n kriterium wat by wyse van voorgeskrewe ("prescriptive") studie bepaal is (World Health Organiza-

tion, 1984: 3). Dit verwys dus na die geldende vlak of bestek van prestasie of werkverrigting wat met 'n kriterium, veranderlike of parameter ooreenstem en bepaal word deur 'n beskrywende studie van 'n gegewe in 'n bepaalde populasie, streek, instelling en groep (Bloch, 1977: 26).

### 3.9.1.2 Tipe standaarde

Standaarde is deur Donabedian (1969) in drie groepe geklassifiseer, naamlik *struktuurstandaarde*, *prosesstandaarde* en *resultaat*,» of *produkstandaarde* ("outcome").

Hierdie standaarde is interafhanklike, wisselwerkende elemente wat bydra tot die verbetering van die gehalte van dienslewering (Gillies, 1982: 392).

#### a) Struktuurstandaarde

'n Struktuurstandaard verwys na die samestelling van die organisasie omgesondheidsdienslewering moontlik te maak. Jernigan & Young (1983: 10) koppel die volgende kenmerke aan struktuurstandaarde:

- die inhoud/insette vanuit die organisasie ten opsigte van die filosofie, beleid en doelstellings van die organisasie;
- die voorbereidingsfase van 'n aktiwiteit;
- die fasiliteite, toerusting en marmekraquereLetes en -vermoens wat gestel word.

Volgens Gillies (1982: 393) sluit 'n struktuurstandaard die organisasie se filosofie, beleid, doelstellings en die fisiese opset en omgewingsomstandighede waarin die tussen-trede uitgevoer moet word, in.

Struktuurstandaarde verwys dus na die faktore in die organisatoriese opset wat diensvoorsiening moontlik maak. Dit behels daardie administratiewe en finansiële prosedures wat gesondheidsdienslewering moontlik maak, personeelvereistes daarstel, die beskikbaarheid en aard van toerusting bepaal en omgewingsveranderlikes identifiseer. Wright (1984: 458) som dit soos volg op: "This looks at settings in which the process of care takes place, in other words, the support structure."

## b) Prosesstandaarde

Prosesstandaarde verwys na daardie faktore .wat fokus op die werklike praktykbeoefening van die praktisyn en sluit ook nie-sigbare elemente, soos besluitneming en probleem-oplossing, in (Harvey, 1988a: 48).

Wright (1984: 458) bevestig hierdie siening en definieer In prosesstandaard as die aard yah die werklike praktykbeoefening deur die gesondheidspraktisyn in verhouding tot die pasient se behoeftes.

volgensJernigan & Young (1983: 10) behels In prosesstandaard in verpleging die wyse waarop die aktiwiteit of tussentrede uitgevoer word. Hierdie standaarde omskryf die verpleegaksies, dit wil sê wat gedoen moet word om In hoë gehalte van verpleging te verskaf.

Gillies (1982: 393) beklemtoon dat In prosesstandaard die elemente van wetenskaplike verpleging, naamlik beraming, beplanning, implementering en evaluering, insluit.

Die prosesstandaard is dus die meer komplekse standaard en vereis waarde-beoordelings deur die kliniese deskundige. "Though this is probably the most time consuming and complex approach to carry out, it may be the most successful in answering the question lis good nursing care being carried out?I" (Wright, 1984.: ,458). '

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals verwys tans na "Standards of Practice" wat na die werkverrigting deur die professionele praktisyns verwys. Hierdie standaarde moet ook in die gesondheidspraktisyns se werkbeskrywings weerspieël word en met behulp van die personeel-evalueringsinstrumente beoordeel word (Ersoz et al., 1988: 6.3) •

## c) Produkstandaarde

Die produkstandaard verwys na die eindresultaat van sorg en sentreer rondom die veranderdegesondheidstatus van die pasient as In resultaat van daardie sorg (Harvey, 1988a: 48). Die produkstandaard word deur Donabedian (1986: 99) beskryf as ..... what is achieved, an improvement usually in patient health attitudes, knowledge and behavior con-

ducive to future health". Hierdie standaard verwys dus na die veranderde gesondheidstatus van die pasiënt en sluit ook pasLerit.tevredenheid in (Wright, 1984: 458).

Vanuit 'n verpleegkundige perspektief som Mason (1978:3) dit sOos volg op: "outcome standards define the expected change in the health status of the client after he has received nursing care. Outcome standards also describe the expected change in the client's satisfaction with the nursing care he has received" (Mason, 1978: 3).

Volgens Wright (1984: 458-459) is die voordeel van hierdie standaard " ... that outcome is often easy to observe and its validity is seldom questioned." Die prLmëre probleem van hierdie standaard is egter die komplekse veranderlikes wat die individu se gesondheidstatus beïnvloed, asook die omvang van multiprofessionele tussentredes (Wright, 1984: 459) •

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals is van mening dat die gesondheidsdiensinstelling se verwagte wins ook as 'n produkstandaard weerspLeeL moet" word en dat risikobestuur 'n belangrike komponent hiervan uitmaak (Ersoz et al., 1988: 6.3).

### 3.9.1.3 Die doel en betekenis van standaarde

Standaarde beskryf die verwagte vlak van werkverrigting en dien as hoeksteen waarvolgens die gehalte van werkverrigting beoordeel kan word (Gillies, 1982: 98). Mason (1978: 6) som die doel en betekenis van standaarde in die verpleegpraktik.sOos volg op:

- standaarde voorsien objektiewe kriteria vir die beoordeling van verpleegkundige werkverrigting;
- dit vergemaklik die taak van verpleegkundiges in die beoordeling van hul praktyk; •
- dit verbeter werkabevrediqinq as gevolg van duidelike doelwitte wat die rofessionele praktyk rig;
- standaarde rig personeelontwikkeling van verpleegkundiges in 'n verpleegeenheid;
- dit vergemaklik personeelontwikkeling en -oriëntasie;
- verpleegstandaarde dien as geldige onderriginstrumente;
- dit identifiseer die fokus vir navorsing;

standaarde verbeter dus die gehalte van verpleging in geheel.

Die kern van hierdie siening word deur Miler & Drake (1980: 19) saamgevat: "--- standards contribute to consistent, objective nursing evaluation throughout the hospital, just as they promote consistent nursing performance,"

#### 3.9.1.4 Die vereistes waaraan standaarde en kriteria moet voldoen

Standaarde moet, volgens Arndt & Huckabay (1980: 107), vanuit doelstellings ontwerp word, duidelik, spesifiek en logies wees. Standaarde moet ook 'n realistiese verband met die doelstellings hou en moet fisies, monoter, kwantitatief en kwalitatief meetbaar wees.

Mason (1978: v-vi) ondersteun hierdie siening en beklemtoon dat standaarde duidelik gestel moet word, op so 'n wyse dat die praktisyne wat dit moet implementeer die volle betekenis daarvan begryp. Tweedens moet standaarde die wenslike gehalte van verpleging definieer waarvolgens die gehalte van die spesifieke werkverrigting beoordeel kan word. Kriteria moet bereikbaar, spesifiek, presies, verstaanbaar en klinies suiwer wees (Mayers, Norby & Watson, 1977: 22).

#### 3.9.1.5 Die proses van standaardformulering

Standaardformulering is 'n sistematiese proses wat vanuit verskillende benaderings uitgevoer kan word. Die benaderings, betrokkenheid van kundiges, werkwyses en beginsels word vervolgens kortliks deurskou.

##### a) Benaderings

Daar is hoofsaaklik twee benaderings van standaardformulering, te wete 'n nasionale generiese benadering en 'n gedestruktureerde, spesifieke benadering. Die generiese benadering poeg om standaarde vir nasionale gebruik daar te stel en die spesifieke benadering is meer gerig op die behoeftes van 'n spesifieke gesondheidsdiens of verpleegeenheid in 'n diens.

Die Wêreldgesondheidsorganisasie se werkgroep is van mening dat die verplegingsprofessie in 'n land generiese standaarde behoort te formuleer alvorens 'n spesifieke benadering gevolg kan word. "Once agreement is made on generic standards, specialist groups could then use them to develop their specific standards (World Health Organization, 1984: 2).

#### **i) Generiese benadering**

Die generiese benadering is gerig op die formulering van nasionale makrostandaarde wat 'n algemene gebruiksnut volgens die aard van die verpleegpraktyk, behoort te hê (World Health Organization, 1984: 2). Mason (1978: 5) beskryf nasionale standaarde as standaarde wat op navorsing gebaseer is, waar die navorser aanspreeklik is vir die inhoudsgeldigheid van die standaarde, gemeet aan wetenskaplike geskifte, navorsingsresultate en die kenmerke van voortreflike praktykvoering volgens nasionale kundiges. Die WGO-werkgroep waarsku egter teen 'n té algemene beskrywing en is van mening dat generiese standaarde genoegsaam gespesifiseer moet wees (World Health Organization, 1984: 2).

Generiese standaarde behoort vir die basiese areas van die verpleegpraktyk geformuleer te word, te wete kliniese verpleging, verpleegonderwys, verpleegadministrasie en verpleegnavoring. Die generiese standaarde vir algemene verpleging behoort die wetenskaplike metode van verpleging, asook die professionele verantwoordelikhede van die verpleegkundiges in die spesifieke land, te akkommodeer (World Health Organization, 1984: 2).

Die geïntegreerde benadering van struktuur-, proses- en produkstandaarde behoort, volgens die WGO-werkgroep, ook gevolg te word (World Health Organization, 1984: 2).

Generiese standaarde word dus wyd benader sodat dit 'n algemene gebruiksnut op nasionale vlak kan hê.

#### **ii) Spesifieke benadering**

Die spesifieke benadering is gerig op die formulering van standaarde volgens die verpleeginteraksies in 'n spesifieke verpleegpraktyk. Mason (1978: 5) verwys in hierdie ver-



band na 'konsensuele ("consensual")standaarde. Selfs hier waarsku die WGO-werkgroep dat verpleegpraktykstandaarde, vanuit die generiese standaard na 'n mesovlak verfynd behoort te word voordat verpleegkundiges 'n verdere mikroverfyning daargestel. Standaardevir byvoorbeeld verloskundige, psigiatriese, gemeenskapsverpleging, intensiewe sorg,moet voortbou op die generiese .standaarde vir die kliniese verpleegpraktyk en mesostandaard kan vervolgens vir die spesialiteitsarea geformuleer word. Eers dan kan verdere verfyning, op 'n gedesentraliseerde mikrovlak, vir spesifieke verpleeginteraksies daargestel word. Die mees verfynde vorm van spesifieke standaard word in die vorm van gestandaardiseerde verpleegplanne daargestel.

#### b) Die betrokkenheid van kundiges

Die betrokkenheid van kundiges by die formulering van standaard word deur verskeie outeurs beklemtoon. Kuridigheid berus op beide akademiese kennis en ervaring in die spesialisingsveld waarvoor standaard geformuleer word (Mason, 1978: 5; World Health Organization, 1984: 3). Die identifisering van konsultante in beide die "generiese en spesifieke benaderings word dus beklemtoon. Deelname aan die formulering van standaard en kriteria vergemaklik ook die implementering van die standaard op grond van die motiverings- en aanvaardingswaarde wat 'n deelnemende benadering inhou (World Health Organization, 1984: 4).

#### c) Werkwyses

Die WGO-werkgroep stel die samestelling van 'n werkgroep en/of komitees voor vir die formulering van beide generiese en spesifieke standaard: "A committee of qualified nurses representing the main fields of nursing and preferably not more than 12 in number should be established" (World Health Organization, 1984: 3). Hierdie werkgroep(e) is verantwoordelik vir die identifisering van probleme en behoeftes aan standaardformulering, die bepaling van prioriteite, navorsing oor gepubliseerde standaard en die formulering van standaard en kriteria.

In die spesifieke of gedesentraliseerde benadering is verteenwoordigende samestelling van die komitee(s) belangrik. In hierdie verband beveel die meeste outeurs 'n kliniese verpleegspesialis, wat oor kliniese sowel as navorsingsvaar-

dighede beskik, verpleegeehheidsbestuurders en ander verpleegkundiges in die praktyk aan (Schroeder & Maibusch, 1984: 39-41; Matheson, 1983: 14; Lindy, 1980: 12).

Die formulering van standarde is nie in taak wat deur een persoon uitgevoer kan word nie. Mason (1978: 341) bevestig hierdie siening: "You cannot do the entire task by yourself unless you have an unlimited amount of time to complete it. Also, if you do not involve the nurses who will be implementing the standards, the probability that they will accept the standards is slim." Deelnemende besluitneming word deur verskeie outeurs aanbeveel.

#### d) Die beginsels van standaardformulering

Standaarde en kriteria behoort geldig te wees, dit wil sê die wese van die besondere verpleegpraktyk moet in die standarde en kriteria gereflekteer word. Dit vereis die inagneming van sekere beginsels tydens die formulering van standarde en kriteria. Hierdie beginsels word vervolgens kortliks deurskou.

##### i) Waardes

Die verwagtinge van in verplegingsprofessie vind uiting in die vorm van waardes wat in standarde geformaliseer word. Die sosio-kulturele waardes van die gemeenskap, die gesondheidsdiens, gesondheidspraktisyne, asook die onderliggende filosofiese waardes van die verplegingsprofessie, word as fundamentele insette in die formulering van standarde gebruik (Arndt & Huckabay, 1980: 50-51). Die meeste gehalteversekeringsmodelle weerspieël die identifisering van waardes as in belangrike begronding van verpleegstandaarde. Dit is dus essensieel dat standarde op die waardesisteem van die verplegingsprofessie, asook die waardesisteem van die betrokke gesondheidsdiens gefundeer sal word.

##### ii) Konseptuele raamwerk

Voordat standarde geformuleer kan word is dit nodig om die konseptuele raamwerk van verpleging waarop die standarde gebaseer kan word, te omskryf. Gehalteversekering benodig in wetenskaplike model waarvolgens die praktykvoering beoordeel kan word (Wright, 1984: 458). Die formulering van generiese standarde vereis dus dat die aard en omvang van

die betrokke verpleegpraktyk op nasionale vlak ondersoek en afgebaken moet word. Die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (1984) het die professionele verantwoordelikhede van die verpleegkundige in suid-Afrika by wyse van 'n regulasie afgebaken, wat as fundamentele raamwerk vir die formulering van generiese standaarde in kliniese verpleging behoort te dien.

Dit vereis dus dat die persone wat by die formulering van standaarde en kriteria betrokke is, die literatuur betreffende die betrokke verpleegpraktyk moet verken om die nodige kognitiewe analisering van veranderlikes (konstrukte) te kan uitvoer. Die formulering van verpleegdiensstandaarde vereis dus die daarstelling van 'n konseptuele raamwerk wat die aard en omvang van 'n verpleegadministrateur se praktyk afbaken. Die konseptuele raamwerk verleen dus die nodige inhoudsgeldigheid aan die standaarde en kriteria.

### iii) Identifisering van standaarde en kriteria

Nadat die waardes en konseptuele raamwerk daargestel is kan die standaarde en kriteria identifiseer en geformuleer word. Dit is wenslik om 'n kombinasie van struktuur-, proses- en produkstandaarde te gebruik (Wright, 1984: 458-459). Die benadering wat in die standaardformulering gevolg word, te wete die generiese of spesifieke benadering, sal die aard en omvang van die inhoud van die standaarde en kriteria bepaal.

Hierdie fase vereis die kognitiewe analisering van veranderlikes en die logiese samestelling daarvan in die vorm van standaarde en kriteria. Lang (1976: 49) is van mening dat die komiteede 'n formaat waarvolgens die standaarde en kriteria gestel gaan word, moet bepaal. Die werklike formaat van standaardformulering en die identifisering van kriteria is afhanklik van die benadering wat gevolg word (generiese of spesifieke benadering), asook die aard van die verpleegpraktyk (byvoorbeeld kliniese verpleging en verpleegadministrasie), waarvoor die standaarde geformuleer gaan word. Die komiteede moet besin oor watter tipe standaarde (struktuur-, proses- of produkstandaarde) voorrang moet geniet. In die formulering van spesifieke standaarde vir 'n verpleeginteraksie blyk dit realisties te wees om eers die struktuurstandaard (voorvereistes en benodigdhede) te stel, gevolg deur die produkstandaarde met gepaardgaande prosesstandaarde (Mason, 1978: 13-19).

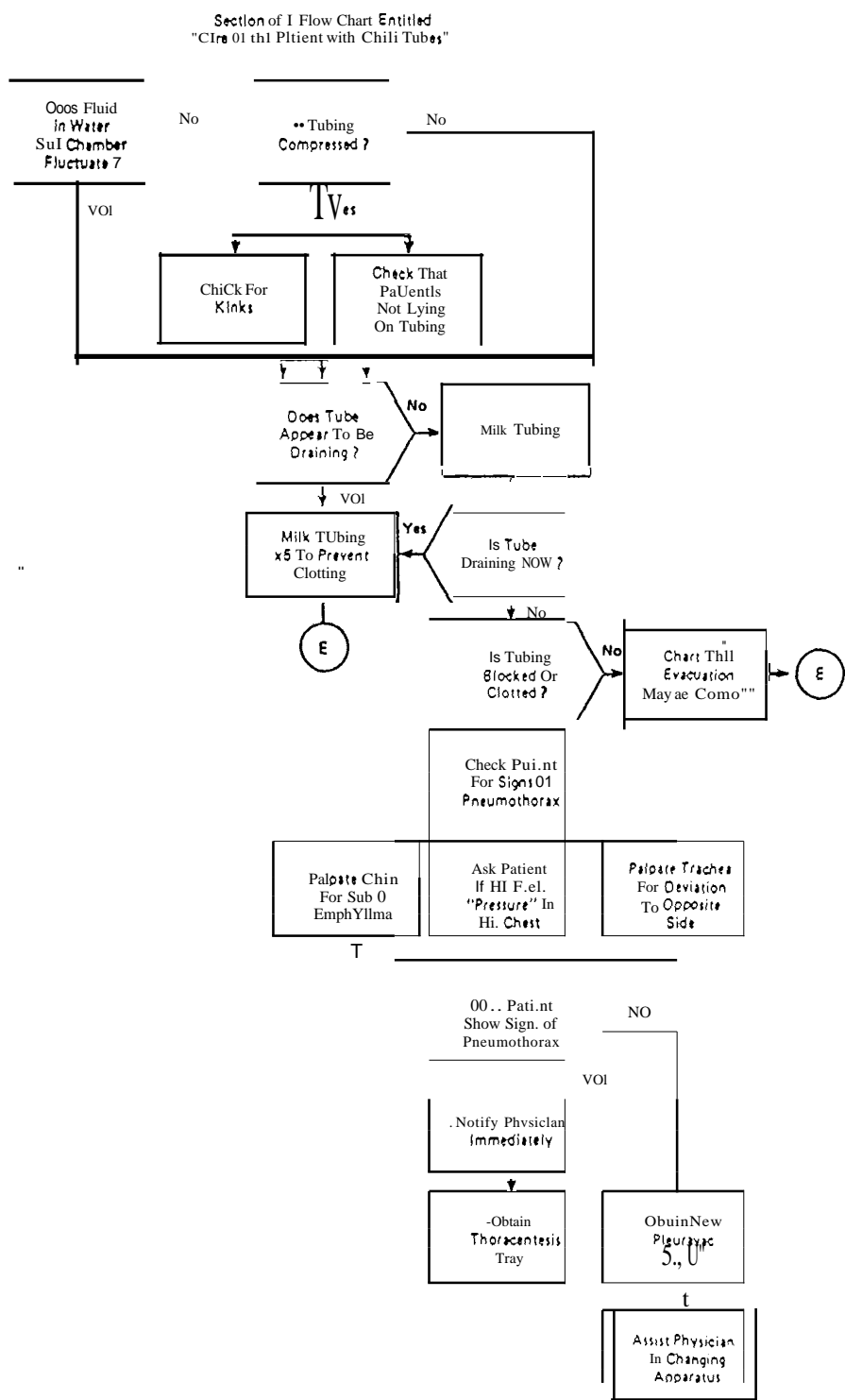
Bruwer (1986: 113-117) het die verskillende metodes vir die ontwikkeling van kriteria ontleed asook die formaat wat die verskeie outeurs voorstel waarvolgens die waardes, standarde en kriteria daargestel moet word.

Daar is hoofsaaklik twee metodes waarvolgens standarde en kriteria geformuleer word, te wete die tradisionele lysingmetode ("criteria listing") en die kriteriakaartproses ("criteria mapping").

Dielysting van standarde en kriteria is in proses waarvolgens standarde en kriteria, sonder alternatiewe, op inlogiese wyse gelys word (Padilla & Grant, 1982: 139).

In die kriteriakaartproses word alternatiewe standarde en kriteria na gelang van die situasie gestel. Die standarde en kriteria word visueel op in kaart, met alternatiewe besluite, voorgestel. "Criteria mapping is a document-based review that tracks practitioner logic in the clinical decision-making process" (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1980: 191). In Diagrammatiese voorstel, met behulp van in besluitnemingsboom, dui die "opeenvolgende besluite aan wat in in spesifieke situasie gemaak behoort te word" (vergelyk figuur 3.11). Potensiële alternatiewe besluite word voorsien met gepaardgaande kriteria wat die praktisyn se handeling rig. Verskillende vertakkings maak voorsiening vir die individualiteit van pasiente of situasies. Kriteriakaartprosessering maak voorsiening vir die kompleksiteit van die kliniese, bestuurs- of onderwyspraktyk (Joint Commission on Accreditation of Hospitals, 1980: 191).

Figuur 3.11      Diagrammatiese voorstelling van In  
kriteriakaart    (JCAH, 1980: 201)



Die formulering van standarde en kriteria is 'n wetenskaplike proses wat op sekere beginsels gebaseer is. Die WGO-werkgroepbepaleel vier komponente van standarde en kriteria, te wete die waarde en rasionaal wat in die vorm van 'n beginsel daargestel moet word, gevolg deur die standaard en gepaardgaande kriteria (World Health Organization, 1982: 2).

#### iv) Redigering en tegniese versorging van standarde en kriteria

Die Amerikaanse Verpleegstersvereniging skryf die sukses van 'n gehalteverskeringsprogram toe aan die gehalte van die standarde en kriteria wat gebruik word. Die standarde en kriteria moet in die teenwoordige tyd, in 'n positiewe vorm geskryf word en 'n sistematiese, logiese ordening of klassifisering (byvoorbeeld beramingskriteria en beplanningskriteria), moet gevolg word. Die standarde en kriteria moet voorts so geformuleer word dat 'n ja/nee antwoord gegee kan word (American Nursing Association, 1976: 13-14). Redigering en tegniese versorging is dus 'n belangrike aspek van standaard- en kriteriaformulering.

#### v) Bekräftiging van standarde

Nadat die standarde en kriteria geformuleer is, is toetsing en bekräftiging daarvan nodig. Bekräftiging verwys na die goedkeuring deur die professie of verplegingsdiens. Dit vereis dat die standarde geldig, realisties, bereikbaar en toepaslik moet wees (Laing & Nish, 1981: 22-24). In hierdie verband is die Joint Commission on Accreditation of Hospitals (1980: 109) van mening dat die geloofwaardigheid van die standarde en kriteria op die spel is. Die werklikheid van die praktyk, soos deur die konseptuele model verbeeld word, moet dus in die standarde en kriteria gereflekteer word.

Die bekräftiging van standarde vereis 'n proses van validering wat deur die professie en/of praktisyns wat die standarde en kriteria gaan implementeer, uitgevoer moet word. Geldige standarde 'voldoen aan die volgende vereistes:

- \* Die standaard moet verstaanbaar wees. Dit impliseer dat die woordkeuse doelgerig oorweeg moet word en dat verstaanbare terminologie gebruik moet word.
- \* Die betekenis van die standaard moet duidelik wees en verg dus doelgerigte redigering.
- \* Die standaard moet volledig wees, wat impliseer dat die standarde oor inhoudsgeldigheid beskik, gegrond op resente literatuur, navorsingsresultate en nasionale norme betreffende die kenmerke van voortreflikheid, gebaseer op die verplegingsprofessie se konseptuele raamwerk.
- \* Die standaard moet realisties wees, in terme van die land of gesondheidsdiens se sosiale, ekonomiese en kulturele ontwikkeling, asook die filosofiese en etiese waardes van die pasiënt en praktisyn. Die bereikbaarheid, waarneembaarheid en redelikheid van die standaard is dus hier tersaaklik.
- \* Die standaard moet toepaslik wees vir die spesifieke verpleegpraktyk wat gerig moet word (Mason, 1978: 335-340; World Health Organization, 1982: 2).

Die bekragtiging van standarde impliseer dat die standarde en kriteria aan 'n groep kundiges voorgele word vir argumentering en die bepaling van sig- en inhoudsgeldigheid (Gillies, 1982: 106-107).

Generiese standarde vereis, volgens Mason (1978: 5), 'n wetenskaplike, nasionale valideringsproses ten einde die geldigheid daarvan te bekragtig en om realisme te verseker. Die valideerders behoort, volgens die WGO-werkgroep, oor beide akademiese en ervaringskundigheid te beskik. Die akademiese insette word veral ten opsigte van die kritiese analisering van die inhoudsgeldigheid van die standarde verlang, terwyl die kliniese kundiges die nodige realiteitsperspektief verskaf (World Health Organization, 1984: 2).

Lynn (1986: 382-385) is van mening dat inhoudsgeldigheid afhang van die benutting van 'n gestruktureerde twee-fase model. In die eerste fase word 'n omvattende literatuurstudie onderneem waartydens die konseptuele model verken word. Vervolgens word die domeinveranderlikes geïdentifiseer.

seer en beskryf. Nadat die teoretiese konsepte logies gesistematiseer en in die vorm van standaarde en kriteria opgestel is, moet hierdie konsepstandaarde vir portuurgroep-beoordeling voorgele word. Vervolgens word aanbevelings in ag geneem en die standaarde vir finale beoordeling voorberei.

In die tweede fase word die standaarde en kriteria vir geldigheid by wyse van In kwantifiseringsfase aan In kenner-groep voor gele, Hierdie kennergroep oehoort. saamgestel te word uit dorneinkundiges bestaande uit vakkundiges engroep-lede wat die standaarde gaan implementeer (Mason, 1978: 5; World Health Organization, 1984: 3). Dorneinkundigheid berus, volgens Lynn (1986: 383), op professionele kwalifisering en ervaring in die domeinarea(s) van belang. Hierdie metode word as navorsingstegniek in hoofstuk vyf beskryf (vergeelyk 5.5).

#### **vi) pUblisering**

Gillies (1982: 106) beklemtoon dat die proses van standaardformulering eers afgehandel word met die pUblisering van die standaarde. Dit is veral belangrik dat generiese standaarde gepubliseer word om die toeganklikheid daarvan vir die hele verplegingsprofessie te bevorder. Spesifieke standaarde word volgens die keuse van die verpleegdiens slegs vir interne gebruik gepubliseer of nasionaal beskikbaar gestel

#### **3.9.1.6 Slotopmerkings**

St-andaarde reflekteer die kenmerke van voortreflikheid en vorm die hoeksteen van die gehalteversekeringsproses. Die verantwoordelikheid vir die daarstelling van standaarde berus by die verplegingsprofessie self. Die formulering van standaarde vereis egter dat In wetenskaplike proses nougeset gevolg moet word ten einde die geloofwaardigheid van die standaarde te verseker.



### **3.9.2 Werkverrigtingsevaluering**

#### **3.9.2.1 Inleiding**

Werkverrigtingsevaluering verwys na In proses waarin In professionele oordeel gemaak word oor die mate waarin taakverrigting en die gestelde doelstellings ooreenkom en sluit die analisering en interpretering van inligting en versamelde data in -(Sanazaro, 1986: 28).

Meting is die versameling van kwantitatiewe gegewens. In Oordeel om die gehalte van die gemete kenmerke te bepaal is dus nie in meting ingesluit nie (Uys, 1982: 73).

Lancaster & Lancaster (1982: 423) kom tot die volgende slotsom: "Evaluation as a process is the collection and interpretation, through a systematic and formal means, of relevant information that serves as the basis for reasonal decision making."

Geldige resultate is In voorvereiste vir die sukses van 'n gehalteversekeringsprogram. Dit vereis dat die toepaslikheid en effektiwiteit van al die komponente van die gehalteversekeringsprogram deurlopend gemoniteer en beoordeel word. Volgens Sanazaro (1986: 28-29) is hierdie toepaslikheid slegs geldig wanneer aan die volgende vereistes voldoen word:

- belangrike areas van sorg word getdentifiseer en geevalueer;

- die professionele werkverrigting van alle werknemers word beoordeel en die evaluering word op geldige standarde en kriteria gebaseer;

- steekproeftrekking van evaluerings is toereikend;

- portuurgroepevaluering is konsekwent en objektief;

- die analisering en interpretering van data word korrek uitgevoer en toepaslike, geldige gevolgtrekkings word gemaaki

- verslaggewing is kongruent met die doelstellings van die gehalteversekeringsplan;

- die strukturele veranderlikes soos beleid, finansiele, bestuurs- en tegniese ondersteuning, word in berekening gebring wanneer finale evalueringsresultate bekendgemaak word.

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals waarsku dat die volgende veranderlikes in berekening gebring moet word wanneer evalueringsresultate verwerk word:

- die pasiënt se siekte en akuutheidsvlak;
- die praktisyn se verwagte vlak van funksionering;
- die effek van spanbenadering op die resultate, dit wil sê wiealmaal vir die uitslag verantwoordelik is, asook die werkladingsindeks;-
- die organisatoriese komponent wat al die ondersteuningsveranderlikes insluit (Ersoz et al., 1988: 2.5).

### **3.9.2.2 Ketodes van evaluering**

Daar is verskillende metodes van evaluering. Ten einde geldige resultate te verkry is dit belangrik om 'n kombinasie van metodes te gebruik. Die Verenigde State van Amerika het 'n leidende rol gespeel in die ontwerp van evalueringsinstrumente waarvolgens die gehalte van die verpleegpraktyk beoordeel kan word.

Die Slater Competencies Rating Scale, die Phaneuf-oudit, Wandelt & Ager se "Qualpacs" en die Rush-Medicus-instrument van Jelinek, Hegvary & Haussmann, is kerninstrumente waarvan enige verpleegadministrateur kennis moet neem.

Volgens Wright (1984: 461) en Maciorowski, Larson & Keane (1985: 39) is die meeste gehalteversekeringsinstrumente wat tot op datum ontwikkel is, gerig op die evaluering van prosesstandaarde.

Die Phaneuf-, Slater- en Qualpacs-skale, is voorbeelde hiervan. Maciorowski, Larson & Keane (1985: 39) en Hanneke & Van Maanen (1981: 5) is ook van mening dat die meeste evalueringsinstrumente in verpleging op take en prosedures fokus en die omvattende aspek van verpleging dus afskeep.

By die seleksie en keuse van evalueringsinstrumente is daar volgens Harvey (1988b: 34) die volgende bepalende faktore wat deur die gehalteversekeringskomitee in ag geneem moet word:

- die plek van herkomsjontwikkeling, asook die onderliggende filosofie oor die instrument, wat die toepaslikheid daarvan bepaal;

die totale integrering van struktuur-, proses- en produkstandaarde om geïdige resultate te kan produseer; of die instrument ontwerp is vir deuriopende of retrospektiewe evaluering; watter dataversamelingsbronne betrokke is, asook die ekonomiese lewertsvatbaarheid van hierdie dataversamelingstegniek(e); die terugvoeringsmetode wat vereis word asook die doel waarvoor die inligting gebruik gaan word.

Die metodes van evaluering, en enkele tersaaklike instrumente, word vervolgens beskryf.

#### a) Selfevaluering

Selfevaluering is die proses waardeur in persoon sy eie vlak van bevoegdheid bepaal. Die effektiwiteit van hierdie evaluering hang af van die evalueerder se persoonlike doelstellingen, selfpersepsie, selfvertroue en gevoel ten opsigte van sy eie werkverrigtingbevoegdheid (Douglass & Bevis, 1983: 292). Bodo (1984: 263) beklemtoon dat selfevaluering die basis van in gehalteversekeringspraktyk vorm. Geformuleerde standaarde is volgens Foglesong (1987: 27) in kragtige selfevalueringsinstrument wat deur die verpleegkundige gebruik kan word.

#### b) Ouditering

Verpleegouditering is in evalueringsmetode waardeur die gehalte van verplegingbeoordeel word soos wat dit in die pasiënt se rekords weerspieël word (Phaneuf, 1976: 31). Aangesien akkurate, volledige dokumentering in wetlike verantwoordelikheid van die professionele gesondheidspraktisyn is, maak Phaneuf (1976: 47) die aanname dat in hoë gehalte verpleging in die klient se rekords weerspieël word.

Maciorowski et al. (1985: 41-42) waarsku egter dat retrospektiewe gehalteversekeringsstudies wat slegs op ouditering gebaseer is ..... are not evaluations of the quality of care delivered; they are evaluations of the quality of documentation of that care."

Metodologies is daar volgens Gillies (1982: 410) hoofsaaklik twee tipes ouditering in gebruik, naamlik deurlopende en retrospektiewe ouditering. Deurlopende ouditering vind op 'n informele wyse tydens die klient se verblyf in die hospitaal plaas. Retrospektiewe ouditering vind op 'n formele, gestruktureerde wyse plaas nadat die pasiënt uit die instelling ontslaan is (Gillies, 1982: 410).

Die Phaneuf-ouditskaal is in 1972 ontwerp en bestaan uit 52 items wat in drie afdelings ingedeel is. In afdeling een is die ouditering gerig op die beleid en prosedures van die gesondheidsdiensinstellings. Deel twee fokus op die funksies van die professionele verpleegkundige en beoordeel werklike verpleegtussentredes, terwyl die finale beoordeling in afdeling drie uitgevoer word. Die graderingskaal is beskrywend van aard, met 'n numeriese kwantifisering (Phaneuf, 1976: 35-45).

Die Long Island-ouditskaal is deur die gehalteversekeringskomitee van die Long Island Jewish Hillside Medical Center van New Hyde, New York, ontwerp en is al met welslae in Suid-Afrika, deur byvoorbeeld Uys (1985) en Muller (1986) gebruik. Hierdie instrument bestaan uit vier afdelings wat elk met aspekte van die wetenskaplike metode van verpleging, naamlik beraming, beplanning, implementering en evaluering, ooreenstem. Numeriese rangordes is toegeken sodat die gehalte van verpleging gekwantifiseer kan word (Rotkovitch, 1976: 171-176). Die buigsaamheid van hierdie instrument bring mee dat dit met gemak in die Suid-Afrikaanse verpleegpraktyk benut kan word.

### c) Personeevaluering

Personeevaluering is volgens die Joint Commission on Accreditation of Hospitals 'n belangrike komponent van gehaltebeoordeling en behoort 'n integrale deel van 'n gehalteversekeringsprogram uit te maak (Ersoz et al., 1988: 6.17). Die Slater-vaardigheidskaal, wat reeds in die 1960's ontwerp is, is die bekendste skaal in hierdie verband. Hierdie is 'n 84-item skaal gerig op die direkte waarneming van die verpleegkundige se bevoegdheidsvlak (Wandelt & Stewart, 1975). Phaneuf & Wandelt (1981: 26) glo dat hierdie skaal saam met die "Qualpacs" en die ouditskaal gebruik moet word. Die inhoudskriteria is dieselfde as dié van die "Qualpacs", maar is verfyn tot 84 items.

#### d) Direkte meting van gehalteverpleging

Hierdie metode maak van direkte observasie gebruik en die gehalte van die besondere verpleegtussentrede(s) word beoordeel. Wandelt & Ager (1974). se Quality Patient Care Scale ("Qualpacs"), is seker die bekendste universele instrument om gehalteverpleging te beoordeel. Dit is 'n 68-item skaal wat vanuit die Slater-vaardigheidskaal ontwerp is en primer op die pasiënt fokus (Phaneuf & Wandelt, 1981: 21).

#### e) Portuurgroepevaluering

portuurgroepevaluering word volgens Sanazaro (1986: 28) uitgevoer om die betekenisvolheid van variasies, op grond van vasgestelde standaarde en kriteria, te bepaal. "Peer review is conducted in accordance with explicit guidelines that assure fairness, consistency, and minimal personal bias" (Sanazaro, 1986: 28). Marriner (1984: 249) beskryf portuurgroepevaluering as 'n proses waardeur 'n groep die gedrag of werkverrigting van 'n groep van dieselfde professionele vlak as hulself, evalueer.

Die evaluering is hoofsaaklik informeel en voorsien 'n terugvoeringsmeganisme vir die uitruiling van idees, groepherkenning van individuele gedrag en die identifisering van leemtes.

portuurgroepevaluering in verpleging is volgens Rotkovitch (1976: 171) "... a promising means of improving the quality of nursing because it provides an untapped reservoir of expertise in assessing the quality of nursing practice, provides a much needed increase in the strength of nursing to implement what are essentially nursing decisions and to resist interference in such decisions from non-nursing."

Marriner (1984: 250) waarsku egter dat hierdie metode van evaluering bedreigend kan wees. Hanneke & Van Maanen (1981: 6) beklemtoon die gemeenskaplike verantwoordelikheid van die multiprofessionele gesondheidspan om veral die produkstandaarde gesamentlik te evalueer.

#### f) Pasiënttevredeheid

Pasienttevredeheid is, volgens die Donabedian-benadering, 'n resultaat van 'n hoë gehalte gesondheidsdienslewering. In hierdie benadering beklemtoon Donabedian (1980) 'n onderlinge funksionele verhouding tussen die struktuur-, proses- en produkbenadering. „If this functional relationship exists one would expect to find that a high quality of nursing care process (professional normative behaviour) would lead to a high quality of outcome (high patient satisfaction)» (Eriksen, 1987: 31). Op grond van hierdie aanname is pasienttevredeheid as 'n aanwyser van 'n hoë gehalte van dienslewering aanvaar. Pasienttevredeheid is egter nie net beperk tot die realisering van 'n produkstandaard, dit wil sê sy gesondheidstatus nie, maar sy tevredeheid ten opsigte van koste, toeganklikheid tot dienste, professionele vaardighede van personeel, personeel-pasient-interaksie, asook die fisiese omgewing, is belangrike komponente in hierdie evalueringsmetode.

Mayers, Norby & Watson (1977: 12) beklemtoon klientbetrokkenheid in die evalueringsproses om die 'filosofie van verpleging, naamlik pasientgesentreerdheid, te verwerklik. King (1981: 15) voel egter dat hierdie evaluering nie betroubaar is nie, omdat die pasient as gevolg van 'n vrees vir viktimisering traag is om sy werklike opinie op skrif te stel.

#### 3.9.3 Remediëring

Volgens Sanazaro (1986: 28) word korrektiewe aksies uitgevoer wanneer deurlopende moniteringen evaluering ontoereikende kliniese werkverrigting, asook ander tekortkominge in pasiëntsorg toon. Hierdie korrektiewe aksies kan deur middel van individuele terugvoering en opleidingsprogramme plaasvind.

Burke (1982: 127) argumenteer dat die remediëeringsfase van die gehalteversekeringsproses die kern daarvan vorm en is van mening dat die hele program waardeel00s sal wees indien gedragsverandering, en derhalwe die verbetering van die gehalte van dienslewering, nie deur middel van voorgesette remediëring realiseer nie. Hierdie remediëring moet volgens Burke (1982: 127) sistematies soos volg uitgevoer word:

- \* Die identifisering van die moontlike oorsake van ontoepaslikewerkverrigting, byvoorbeeld ontoereikende kennis, toesig en onrealistiese doelstellings.
- \* Die ontwerp en implementering van 'n remedieringsprogram gegrond op algemene onderrigbeginsels.
- \* Die herbeoordeling van werkverrigting, met die oorspronklike kriteria as basis vir die evaluering.

Jessee (1981: 6-11) beklemtoon dat organisatoriese verandering ook deel van hierdie fase uitmaak. Gehalteversekeringsaktiwiteite moet as 'n bestuursinstrument benut word om die nodige verandering, individueel sowel as organisatories, teweeg te bring.

Voortgesette onderwys is egter die kern van remediering en die verpleegadministrateur speel veral in die Suid-Afrikaanse privaatsektor 'n belangrike rol in die fasilitering hiervan.

### 3.10 DIE ONTWERP EN OPERASIONALISERING VAN 'N VERPLEEGKUNDIGE GEHALTEVERSEKERINGSPROGRAM

#### 3.10.1 Inleidings

Die gehalteversekeringsproses word op 'n toepaslike gekose konseptuele model gebaseer. Die siklus begin met probleem-identifisering en eindig met volgehoue probleemoplossing om die gehalte van dienslewering te verbeter. Dit is egter belangrik dat 'n gehalteversekeringsprogram op die behoeftes van die organisasie afgestem word. "A system of quality assurance should be based on the needs of an institution" (Matheson, 1983: 12).

Die ontwerp en implementering van 'n gehalteversekeringsprogram in gesondheidsdienste word hoofsaaklik vanuit 'n nasionale en institusionele perspektief in die literatuur beskryf. Die nasionale perspektief is reeds bespreek, soos in die verskeie gehalteversekeringsmodelle, doelstellings en beginsels vermeld (vergelyk 3.6, 3.7 en 3.8).

Wanneer 'n gehalteversekeringsprogram op mikrovlak ontwerp word kan die sleutelkomponente in die nasionale perspektiewe egter nuttig aangewend word. Die Amerikaanse literatuur

fokus tans op die monitorings- en evalueringsaksies waarvolgens die resultaat of produk van dienslewering beoordeel word. Die Suid-Afrikaanse gesondheidsdienste benodig egter in ontwikkelingsfase, soos deur Bruwer (1986: 263) voorgestel.

Vir die doeleindes van hierdie studie het die navorser die ontwerp en operasionalisering van in verpleegkundige gehalteversekeringsprogram in in hospitaal, in twee fases verdeel, te wete die ontwikkelings- en die monitorings- en evalueringsfase. Alhoewel die evaluering van die gehalteversekeringsprogram afsonderlik bespreek word, vorm dit deel van elke fase.

### 3.10.2 Ontwikkelingsfase

Die formalisering van in gehalteversekeringsprogram is vir Suid-Afrikaanse verpleegkundiges in relatief nuwe konsep. Bruwer (1986: 263) beveel in gehalteversekeringsontwikkelingsmodel aan voordat die werklike gehalteversekeringsproses in aanvang kan neem (vergelyk figuur 3.10). In Brittanje beskryf Kitson (1988: 30) dit as die beskrywende fase van gehalteversekering (vergelyk 3.6.3).

Will (1983: 9) beveel in geleidelike ontwikkelings- of beskrywende fase aan, met deurdagte beplanning, deeglike opleiding van die personeel en geleidelike implementering wat deur in loodsstudie voorafgegaan word. Coupe (1988: 27) steun hierdie siening: "QA requires commitment from its participants and stability to succeed. It may very well take a decade to establish QA as an integral part of a hospital's life."

Dit is veral in die ontwikkelingsfase dat gehalteversekering nie te kompleks beplan moet word nie. Matheson (1983: 16) is van mening dat in gehalteversekeringsprogram eenvoudig gehou kan word: "Establishment of an acceptable and effective quality assurance system need not be complicated or difficult."

Die verpleegkundige speel volgens Carver (1986: 186) in sleutelrol in diedaarstelling van in gehalteversekeringsprogram in enige gesondheidsdiensinstelling: "I found the nurses to be the pivotal group in establishing an effective Quality Assurance Programme."



#### a) Die samestelling van en gehalteversekeringskomitee

Die samestelling van In gehalteversekeringskomitee word deur die meeste outeurs as In vanselfsprekende eerste stap in die formalisering van In gehalteversekeringsprogram beskou (Isaac, 1983: 68; Lindy, 1980: 12; Matheson, 1983: 14).

Die ontwikkeling van In verpleegkundige gehalteversekeringsprogram verg, volgens Isaac (1983: 68), organisatoriese vaardighede asook In nougesette verbintenis tot gehaltdienslewering. Leierskapvaardighede, waaronder die gebruik van die beginsels van individuele gedrags- en organisatoriese verandering, asook navorsingsvaardighede, is belangrike eienskappe wat in ag geneem moet word wanneer komiteelede en veral die gehalteversekeringskoördineerder geselekteer word (Schroeder & Maibusch, 1984: 62).

Isaac (1983: 68) beveel die samestelling van In kLeLn komitee aan, bestaande uit vyf tot agt kundige lede, wat beide die kliniese en bestuursdepartemente verteenwoordig. Indien die hospitaal oor In kliniese onderrigdepartement beskik, behoort verteenwoordiging ook in hierdie verband verkry te word. Die insluiting van kliniese verpleegspesialis(te) en indien nodig In gehalteversekeringskonsultant in hierdie komitee, kan baie waardevol wees (Decker, 1985: 22).

Belangrike funksies van hierdie komitee sluit onder meer die volgende in:

- die daarstelling van beleid;
- die omskrywing van die komitee se struktuur en funksies met duidelike werkbeskrywings;
- die formulering van kort- en langtermyn doelwitte;
- die oorweging en aanstelling van In gehalteversekeringskoördineerder;
- die samestelling van In gehalteversekeringshandleiding wat aan alle departemente voorsien moet word;
- die beplanning van In opleidingsprogram;
- doelgerigte, beplande probleemoplossing;
- die implementering en evaluering van die program;
- die beplanning van toekomstige programveranderinge (Isaac, 1983: 68-69; Matheson, 1983: 17; Lindy, 1980: 12-13).

In die ontwikkelingsfase word die sentralisering van gehalteversekering deur die meeste outeurs aanbeveel (Schroeder & Maibusch, 1984: 39-41; Matheson, 1983: 14; Lindy, 1980: 12). Die verpleegdiens het dus een gehalteversekeringskomitee, hoofsaaklik gemoeid met die beplannings- en opleidingsaksies. Desentralisering van gehalteversekering is egter van toepassing in die volgende fase wanneer evaluering van werkverrigting en die verbetering van kliniese praktykvoering deurlopend uitgevoer word.

In hierdie gedesentraliseerde model beklemtoon Schroeder, Maibusch, Anderson & Formella (1982: 10-12) die desentralisering van gesag aan die komitee, met 'n kliniese verpleegspesialis wat oor kliniese en navorsingsvaardighede beskik, as voorsitter.

Die sukses van die komitee se funksionering hang volgens Schroeder & Maibusch (1984: 64) af van lidmaatskap wat doelgerig gestruktureer word, die realistiese beplanning en implementering van gehalteversekeringsaktiwiteite deur die komitee lede, positiewe verhoudinge met die taakmag van die verpleegeenhede, asook effektiewe integrasie met die verpleegdiens, wat derhalwe 'n goeie kommunikasiestelsel noodsaak.

#### **b) Situasië-analise van die verpleegpraktyk**

Tydens situasie-analise is die identifisering van behoeftes en probleme noodsaaklik. Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals is van mening dat klientbehoefte slegs effektief bepaal kan word indien die aard en omvang van die verpleegpraktyk omskryf word. Om prioriteite vir evaluering effektief te kan bepaal, is dit nodig om die verpleegpraktyk in elke verpleegeenheid verder in terme van hoë volume en hoë risiko verpleegaktiwiteite, te beskryf (Ersoz et al., 1988: 1.23).

Nadat die aard en omvang van die praktyk omskryf is, word probleme wat gehalteslewing beïnvloed, geïdentifiseer en prioriteite daarvolgens bepaal. Die komitee lede moet die vraag: "Waarom het ons 'n gehalteversekeringsprogram nodig?" beantwoord. Die doelstellings van die organisasie en die behoefte aan 'n gehalteversekeringsprogram, moet met mekaar in verband gebring word.

Die redes vir die daarstelling van In gehalteversekeringsprogram kan tweerlei van aard wees, naamlik die verbetering van die gehalte van dienslewering, op grond van probleme wat getdentifiseer is, en die validering van In hoë gehalte dienslewering op grond van In wetlike vereiste 6f die behoefte wat die organisasie het om te bewys dat In hoë gehalte diens gelewer word (Ersoz et al., 1988: 9.39).

In Ondersoek na bestaande standaarde en evalueringsinstrumente wat moontlik deur die hospitaal benut kan word, vorm deel van die situasie-analise. Evalueringsmetodes en -instrumente moet deur die komitee geselekteer, aangepas en/of ontwerp word. Die wyse van dataversameling en -verwerking moet, op grond van die behoeftes van die organisasie, geformaliseer word (Ersoz et al., 1988: 9.40; Schroeder & Maibusch, 1984: 63).

#### c) Die formulering van doelstellings

Die formulering van doelstellings vloei voort uit die resultate van die situasie-analise. Stevens (1983: 125) is van mening dat die kerndoelstellings van In verpleegkundige gehalteversekeringsprogram gefundeer word op die motiveringswaarde daarvan vir die verbetering van dienslewering.

In die ontwikkelingsfase sal die doelstellings van die gehalteversekeringsprogram hoofsaaklik op die daarstelling van In gehalteversekeringsklimaat gerig word. Personeelontwikkeling, waarvan selfontwikkeling In belangrike komponent vorm, is In kernbehoefte wat aangespreek moet word. Sniff (1980: 29) is van mening dat die volgende beginsels in die formulering van die doelstellings vervat moet word:

- die objektiewe benadering van In probleem;
- die daarstelling van In klimaatwat bevorderlik is vir konstruktiewe verandering;
- die bevordering van kommunikasie tussen multiprofessionele spanlede,

Die implementering van struktuurstandaarde, byvoorbeeld die opstel van beleids- en prosedurehandleidings en die ontwikkeling en verbetering van In verpleegkundige dokumentasiestelsel, kan moontlike prioriteite in die suid-Afrikaanse privaathospitale wees wat in die doelstellings vervat sal

word. Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals wys daarop dat die organisatoriese en departementele lang- en korttermyn doelstellings, ook in ag geneem moet word (Ersoz et al., 1988: 9.39).

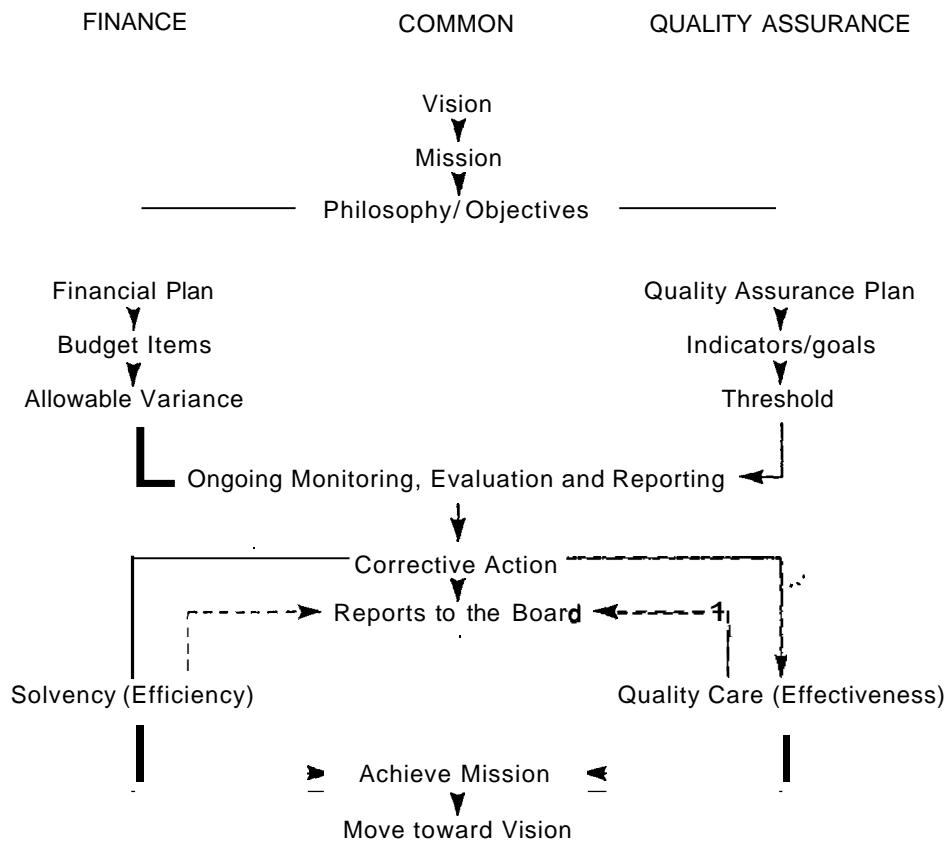
d) organisatoriese ondersteuning

In die Joint Commission on Accreditation of Hospitals se gehalteversekeringsmodel (vergelyk figuur 3.6) word organisatoriese ondersteuning beklemtoon. Alhoewel die ontwerp en implementering van 'n gehalteversekeringsprogram finansiële implikasies het, en derhalwe 'n begroting noodsaak, behoort dit in terme van koste-effektiwiteit op die lang termyn 'n voordeel vir die hospitaal in te hou. Norden (1986: 183) beklemtoon dat ondersoeke reeds bewys het dat gehalteversekering hierdie voordeel vir hospitale inhou.

Dit is dus belangrik dat die verpleegkundige gehalteversekeringsprogram in oorleg met die hospitaal se begrotingsbeplanning geskied. Die JCAH beveel aan dat 'n hospitaalbegroting ten minste 1% aan gehalteversekering moet toestaan, terwyl die verpleegkundige program 'n "gelykwaardige verdeling moet kry (Ersoz et al., 1988: 6.22-23).

Die beplanning van 'n gehalteversekeringsprogram moet in oorleg met die organisasie se missie, begroting en gehalteversekeringsaktiwiteite geskied. Hierdie beplanning word in figuur 3.12 geïllustreer.

**Figuur 3.12** Skematiese voorstelling van die skakel tussen gehalteversekering en die organisasie se begrotingsplan (Ersoz et al 1988: 6.23)



Die organisasie se visie, dit wil sê idealistiese doelstellings, asook die missie, oftewel realistiese, bereikbare doelstellings, filosofie, en korttermyn doelwitte illustreer die waardesistiem waarop die organisasie se dienslewering gebaseer word. Die beplande gehalteversekeringsaktiwiteite moet in realistiese terme ten opsigte van die begroting uitgebeeld word. Die eindresultaat, naamlik die gehalte van dienslewering en solvensie vir die hospitaal, moet verenigbaar wees (Ersoz et al., 1988: 6.23).

Die gehalteversekeringsaktiwiteite moet dus in die vorm van 'n programmeerplan, met die nodige begroting, vir goedkeuring aan die bestuur voorgele word. 'n Skematiese voorstelling van die wyse waarop die gehalteversekeringsprogram georganiseer sal word, behoort die begroting te vergees (Ersoz et al., 1988: 6.23).

e) Die ontwikkeling van 'n gehalteversekeringsklimaat

Die ontwikkeling en daarstelling van 'n gehalteversekeringskultuur en gehalte-ingesteldheid by alle praktisyns en werknemers is 'n belangrike stap in die ontwikkelingsfase. Die ontwerp en implementering van 'n gehalteversekeringsprogram kan egter nie in isolasie plaasvind nie. Dit is dus belangrik dat die verpleegdepartement se program deel van die hospitaal se gehalteversekeringsprogram uitmaak.

Versterking van die gesondheidspraktisyns se professionele motiewe vir gehalteversekering (vergelyk 3.7) en derhalwe die strewe na voortreflikheid en selfregulering, moet aangespreek word. Die aanspreeklikheidsdimensie of, volgens die WGO-werkgroep (World Health Organization, 1983: 3-4) die sosiale motiewe vir gehalteversekering (vergelyk 3.7), vind dus inslag in hierdie stap.

Die identifisering van waardes, dit wil sê die identifisering en beskrywing van filosofiese oortuigings betreffende die verpleegpraktyk, analisering van die verpleegdiens- en verpleegeenheidsfilosofie, is hier van belang. Will (1983: 8-9) beklemtoon dat makro-beroepsfilosofie, die organisasie se missie, asook die waardesisteme van pasiënte, gegrond op die tipe gemeenskap wat die hospitaal bedien, ten volle in hierdie waarde-analise aangespreek moet word.

Die opleiding van personeel vorm vervolgens 'n belangrike komponent in die daarstelling van 'n gehalteversekeringsklimaat. In hierdie opleidingsdimensie is daar veral twee teikengroepe, naamlik die verpleegtaakmag enersyds en die gehalteversekeringskomitee lede andersyds. Schroeder & Maibusch (1984: 79-188) stel voor dat aandag aan die volgende aspekte gegee moet word:

- die algemene beginsels en terminologie van gehalteversekering;
- werkswinkels oor die formulering van standaarde;

dataversamelingstegnieke, naamlik onderhoudvoering, direkte observasie, vraelyste, ouditering, en die kombinerings van tegnieke;  
die ontwerp en standaardisering van meetinstrumente;  
dataverwerkingstegnieke en die sinvolle aanbieding van data;  
vergaderingprosedure en die hantering van groepe.

Anderson & Davis (1987: 46) is van mening dat die begeleiding en hantering van portuurgroepevaluering die moeilikste prosedure is, wat doelgerigte opleiding van alle betrokkenes verg.

f) Die ontwikkeling en daarstelling van 'n kommunikasiesistelsel

Gehalteversekering vind nie in isolasie plaas nie. Die aktiwiteite wat deur die gehalteversekeringskomitee uitgevoer word, asook enige moontlike resultate, moet op een of ander wyse na die res van die personeel deurgevoer word. Terugvoering is 'n integrale deel van enige stelsel. Schroeder & Maibusch (1984: 67) stel dit as die kern vir die voortgesette ontwikkeling van die program: lity is, in fact, the stimulant to growth of an existing program."

Die volgende kommunikasiestrukture moet aandag geniet:

die daarstelling van 'n kommunikasienetwerk tussen die gehalteversekeringskomitee, bestuur en ander personeel, veral in die vorm van vergaderings, notules en verslae;

die wyse waarop data versamel gaan word, byvoorbeeld rapportering van kritiese insidente wat gehalteslewerings beïnvloed, monitering van die geselekteerde prioriteit verpleegtussentrede en evalueringsinstrumente;

verslaggewing deur die gehalteversekeringskomitee aan die bestuur en die res van die verpleegtaakmag;

die daarstelling van 'n vertroulikheidsbeleid (Lindy, 1980: 12-13; Matheson, 1983: 14-17; Isaac, 1983: 70-71).

Schroeder & Maibusch (1984: 67-68) stel voor dat terugvoering oor gehalteversekeringsaktiwiteite deel van die algemene personeelvergaderings moet uitmaak.

### 3.10.3 Moniterings- en evalueringsfase

Die moniterings-en evalueringsfase word op 'n formele wyse ingestel nadat die ontwikkelingsfase voltooi is. Will (1983: 8) beklemtoon twee kernvereistes van 'n suksesvolle gehalteversekeringsprogram, te wete die evaluering van die huidige vlak van werkverrigting, asook die volgehoue aksie om die gehalte van dienslewering te verbeter. Die evalueringsfase is dus uiteraard baie belangrik en kan nie gering geskat word nie.

Monitering en evaluering moet, volgens die Joint Commission on Accreditation of Hospitals, as die voorste linie van die probleemoplossingsbenadering gesien word. Die doel van monitering en evaluering is om die sorglewering te beoordeel aan die hand van gestelde vereistes, dit wil sê standaarde en kriteria wat deur die groep praktisyns geldig verklaar is, die bepaling van gehalte en beplanning vir die verbetering van die praktyk. Dit sluit nie net, 'n steekproefevaluering van die gekose aanwysers in nie, maar is 'n volgehoue moniteringsaksie (Ersoz et al., 1988: 3.33).

'n Effektiewe moniterings- en evalueringsprogram omvat volgens die JCAH die volgende kenmerke:

- beplande, sistematiese en deurlopende aksies;
- omvattende evaluering met behulp van verskeie metodes;
- die benutting van gehalte-aanwysers en drempelwaardes (norme);
- die verwerking van data en die bepaling van die gehalte van dienslewering;
- beplanning vir die verbetering van dienslewering aan die hand van 'n volgehoue probleemoplossingsbenadering;
- 'n getintegreerde benadering word gevolg, dit wil sê gehalte-beoordeling word verwerk tot 'n geheel as deel van die organisasie se gehalteversekeringsresultate om 'n globale beeld te gee (Ersoz et al., 1988: 7.3).

DeVet (1986: 52) gee 'n meer realistiese benaderingen omskryf die inhoud van 'n evalueringsprogram soos volg:



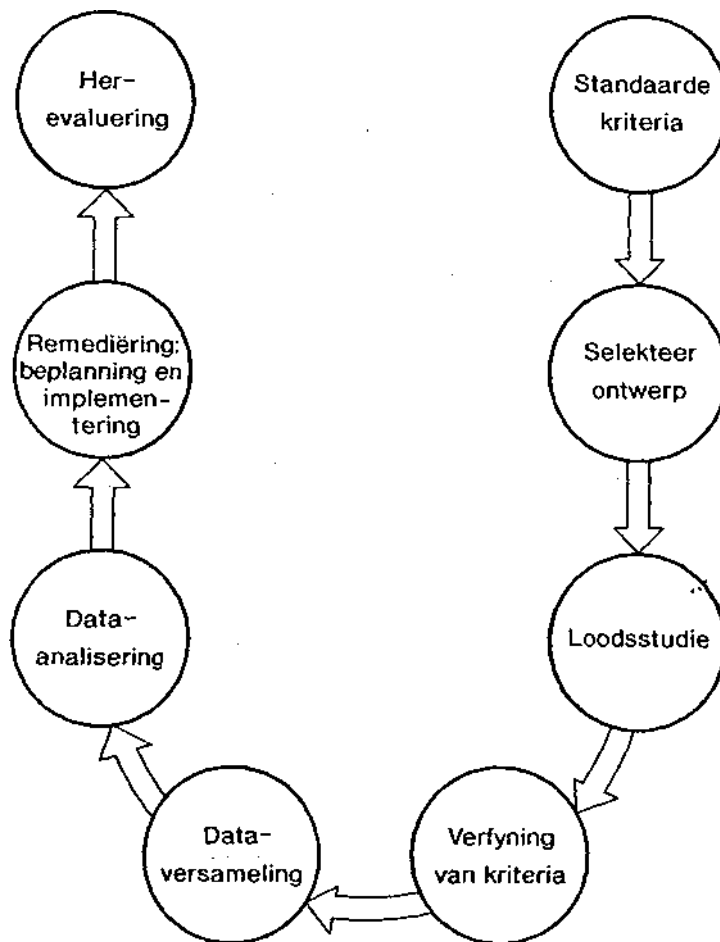
- identifiseer die onderwerp van die ondersoek in In gegewe tydperk;
- bepaal die tipe data wat versamel moet word waarvolgens geldige resultate verkry kan wordj
- identifiseer die moontlike bronne vir dataversameling:
- bepaal die frekwensie van dataversameling en die hoeveelheid data benodig;
- bepaal die inhoud en frekwensie van opsommingsverslag-gewing;
- spel die duur van die spesifieke evaluering uit: aan- yang, verloop, beeindiging en aanpassing;
- bepaal die doelstellings, standarde en kriteria waarop die evaluering gebaseer' word;
- identifiseer die bronne van standarde en kriteria.

Voordat evaluering kan plaasvind is standarde nodig. Die gehalteversekeringskomitee behoort voortdurend besig te wees met die formulering van prosesstandarde, op grond van die spesifieke behoeftes van die organisasie. Kendall (1988: 34) siendit as In uitdaging vir die komitee: "Our chal- lenge is to continue the gradual development of standards at a pace consistent with our local objectives, and to use the system for monitoring and reviewing standards as a basis for evaluation, decisions and action."

Mayers et al., (1977: 2) propageer In evalueringsmodel wat uit agt navorsingstappe bestaan (vergelyk figuur 3.13). Geformuleerde, geldige standarde word as hoeksteen vir die evaluering gebruik en die formulering van meetbare kriteria is die eerste stap in hierdie evalueringsmodel. Seleksie en die ontwerp van die evalueringsmetode word deur die komitee in groepsverband gedoen. Die uitvoering van In loodsstudie en verfyning van die kriteria en instrument volg voordat die werklike dataversameling In aanvang neem.

Die analisering van resultate is In belangrike stap aan die hand waarvan remedierende aksies beplan en geïmplementeer word alvorens herevaluering plaasvind (Mayers et al., 1977: 2) •

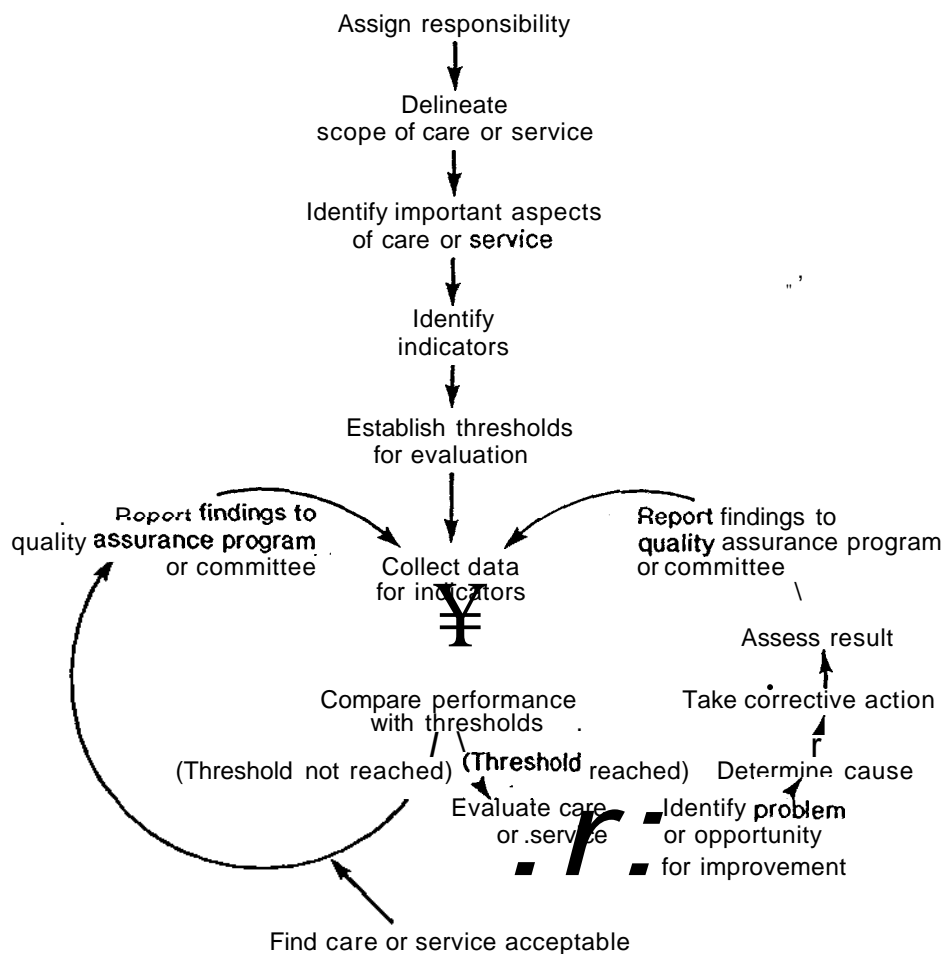
Figuur 3.13      Skematiese voorstelling van Mayers et al.  
se evalueringsmodel  
(aangepas uit Mayers et al., 1977: 2)



Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals propageer 'n ingewikkelder moniterings- en evalueringsmodel wat uit tien stappe bestaan en wat, volgens die nuwe era benadering (vergelyk figuur 3.2), fokus op proses-aktiwiteite ten einde die resultaatdimensie van gehalteslewering te kan beoordeel (Ersoz et al., 1988: 3.35).

Hierdie model word in figuur 3.14 uitgebeeld en is 'veral toepaslik in 'n'gedesentraliseerde gehalteverbeterings-program ten einde die aanspreeklikheid vir evaluering op eenheidsvlak te formaliseer.

Figuur 3.14 Skematiese voorstelling van dieJCAH se monitorings- en evalueringsmodel (Ersoz et al., 1988: 3.46)



## **a) Die toewysing vanverantwoOrdelikheid**

Die toewysing van verantwoordelikheid vir gehalteversekering, is volgens die Joint Commission on Accreditation of Hospitals die eerste stap en van kardinale belang. Nie net moet gehalteversekering of verbetering in elke gesondheidspraktisyn se posomskrywing vermeld word nie, maar groepsverantwoordelikheid, byvoorbeeld in die vorm van 'n gehalteversekeringskomitee, moet ook toegewys word (Ersoz et al., 1988: 3.34).

Hierdie aspek het uiteraard 'n fLnansiële implikasie. Indien die hospitaal.'n gehalteversekeringskoördineerder aanstel, beteken dit 'n spesifieke pos met 'n voltydse verantwoordelikheid. Die gehalteversekeringsaktiwiteite wat deur hierdie persoon of groep uitgevoer moet word, het ook noodwendig finansiële implikasies. Die realisasie van 'n organisasie se missie ten opsigte van gehalteversekering word egter in die begroting van die organisasie weerspieël wanneer die fLnansiële uitleg van die gehalteversekeringsprogram goedgekeur word (Ersoz et al., 1988: 3.36).

Die verantwoordelikhede van die gehalteversekeringskoördineerder sluit onder meer die beplanning van die gehalteversekeringsprogram, insameling, verwerking en aanbieding van data, terugvoering van die inligting en die beplanning van korrektiewe aksies, in samewerking met die personeelontwikkelingsafdeling, in. Hierdie pos vereis tegniese en navorsingsvaardighede, asook bestuurs-, konsultasie- en interpersoonlike vaardighede (Kibbee, 1988: 30-32).

## **b) praktykanalise**

In hierdie stap is dit belangrik om die aard en omvang van die spesifieke verpleegpraktyk te omskryf. Eerstens moet die verpleegadministrateur die tipe verpleging, waarvoor sy/hy in die betrokke hospitaal aanspreeklik is, klassifiseer en in die vorm van 'n organogram verbeeld. Elke verpleegeenheidsbestuurder is egter ook verantwoordelik daarvoor om die aard en tipe verpleegpraktyk in die eenheid te identifiseer. Dit sluit dus die tipe pasiënte wat verpleeg word, die diagnostiese en kliniese aktiwiteite wat deur die verpleegpersoneel uitgevoer word en die ligging en beskikbaarheid van dienste.in. 'n Skriftelike analise van wat gedoen moet word, aan wie, deur wie, wanneer en waar moet

dus die aard en omvang van die dienslewering beskryf (Ersoz et al., 1988: 3.37).

c) Die identifisering van belangrike aspekte van dienslewering

Vervolgens is dit nodig om die belangrike aspekte van dienslewering te identifiseer en volgens hoë risiko, hoë volume en potensieel probleemgerigte aktiwiteite, te klassifiseer. Hiervolgens kan die prioriteite vir monitering en evaluering geselekteer word. Die vraag moet dus gevra word: Wat is die belangrikste aktiwiteite wat ons uitvoer wat krities vir die bepaling van die gehalte van verpleging in hierdie eenheid is? Sodoende word die kritiese ontledingseenheid geselekteer (Ersoz et al., 1988: 3.38).

Die fokus is dus primer op prosesaktiwiteite aan die hand waarvan resultate, dit wil sê die produkdimensie van gehalteversekering, bepaal kan word.

d) Die identifisering van gehalte-aanwysers

Die kritiese aktiwiteite wat die gehalte van verpleging in die spesifieke eenheid kenmerk, word nou in die vorm van gehalte-aanwysers gelys. Evalueringskriteria word vir elke aanwyser saamgestel, waarvolgens die moniterings- en evalueringsaksies beplan kan word.

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals is egter van mening dat daar sekere generies-kritiese aanwysers is wat vir alle verpleegeenhede belangrik is, byvoorbeeld die toepassing van die wetenskaplike beginsels van verpleging, kardio-pulmonale resussitasie en infeksiebeheer. Aktiwiteite wat 'n hoë volume openbaar moet egter ook as aanwysers gelys word. In hierdie verband sal 'n hoë volume aktiwiteit in 'n nierdialise-eenheid die proses van dialisering wees (Ersoz et al., 1988: 3.39).

Meetbare evalueringskriteria moet vervolgens vir elke aanwyser beplan word. Die gehalteversekeringskomitee behoort die evalueringskriteria vir die generies-kritiese aktiwiteite saam te stel en aan die res van die verpleegtaakmag vir validering voor te lê, sodat die monitering en evaluering van hierdie aktiwiteite sentraal gekoördineer kan word. Hierdie stap vereis dus noodwendig die ontwerp en

standaardisering van moniterings- en dataversamelingsinstrumente waarmee die gehalteversekeringskomitee behulpsaam moet wees.

Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals waarsku teen 'n onrealistiese moniterings- en evalueringsprogram. Die seleksie van kritiese aanwysers moet dus jaarliks, in samewerking met die gehalteversekeringskomitee, geskied (Ersoz et al., 1988: 3.39).

Rice (1989: 1) som hierdie stadium soos volg op: "An effective Quality Assurance Program identifies those indicators of quality that are already known intrinsically to those professionals, but perhaps have not been openly stated."

e) Die bepaling van drempelwaardes (norme) vir evaluering

Nadat die aanwysers en evalueringskriteria saamgestel is, moet meetbare norme in die vorm van drempelwaardes gestel word, waarvolgens die gehalte beoordeel kan word. In Infeksie-syfer van 4% is 'n voorbeeld van 'n infeksiedrempelwaarde. Oorskryding van hierdie norm vereis dus korrektiewe optrede.

f) Die versameling en organisering van data

'n Sistematiese dataversamelingstelsel moet in werking gestel word. Gerekenariseerde dokumentasie kan hierdie taak vergemaklik. 'n Gestruktureerde wyse vir die identifisering van probleme moet deur die gehalteversekeringskomitee daargestel word. Die Joint Commission on Accreditation of Hospitals waarsku teen ongeldige resultate as gevolg van foutiewe dataversamelingstegnieke en beveel aan dat dataversamelingsinstrumente die databron, dataversamelingsmetode(s), die toereikendheid van monsterbepaling, die tydsduur van dataversameling en die dataverwerkingsproses moet vermeld (Ersoz et al., 1988: 3.41).

g) Die evaluering van die gehalte van dienslewering

Evaluering sal hoofsaaklik die verantwoordelikheid van die gehalteversekeringskomitee wees. Die verwerkte data moet logies en sinvol geïnterpreteer word. Die finale beoordelings moet in konsultasie met ander professionele praktisyns geskied. Die analisering van patrone en tendense kan waardevolle inligting verskaf vir strategiese beplanning en veranderinge wat in die organisasie gemaak moet word ten einde die gehalte van dienslewering in geheel te verbeter (Ersoz et al., 1988: 3.42).

h) Die neem van remedierende stappe

Die doel van hierdie stap is om die praktyk te verbeter. Personeelontwikkelingsprogramme moet beplan word met inagneming van die evalueringsresultate, en teikenaksies moet gerig word op die verbetering van kennis, gedragsverandering en, indien nodig, organisatoriese verandering (Ersoz et al., 1988: 3.43).

i) Evaluering van die sukses van remediering

Die sukses van 'n gehalteversekeringsprogram is' afhanklik van probleemoplossing. Dit is dus noodsaaklik dat gedragsverandering gemoniteer word ten einde die sukses van die remedierende aksies te beoordeel (Ersoz et al., 1988: 3.44) •

j) Kommunikering van relevante inligting

Dit is belangrik dat daar 'n geslaagde kommunikasiestelsel tussen die gehalteversekeringskomitee en die res van die taakmag is. Indien die kommunikasiestelsel faal sal daar altyd 'n negatiewe konnotasie aan gehalteversekering kleef. Die daarstelling van 'n positiewe ingesteldheid is afhanklik van die effektiwiteit van die kommunikasiestelsel (Ersoz et al., 1988: 3.45). Froebe & Bain (1976: 92) stel dit soos volg: "The effectiveness and efficiency of the plan is primarily dependent on the communication system within the nursing department."

Die kommunikasiestelsel wat tydens die ontwikkelingsfase beplan en ontwerp is, moet nou uitgetoets en verfyn word. Fifer (1987: 266-268) stel ook in hierdie fase die gebruik van die rekenaar voor, veral vir dataverwerking, om die resultate van die evaluering statisties uit te beeld. In hierdie verband is daar reeds 'n groot reeks programme beskikbaar.

#### **3.10.4 Evaluering van die gehalteversekeringsprogram**

Verskeie outeurs beveel 'n jaarlikse evaluering van die gehalteversekeringsprogram aan (Ersoz et al., 1988: 9.18; Schroeder & Maibusch, 1984: 210). Evaluering moet eerstens deur die komiteede self, en tweedens deur die spesifieke verpleegtaakmag uitgevoer word. Die bereiking van doelstellings, die sukses van gehalteversekeringsaktiwiteite, en die effektiwiteit van die kommunikasienetwerk word hoofsaaklik aan die hand van gestruktureerde vraelyste en gesprekvoering beoordeel. Deurlopende evaluering van die program moet egter in staande agendapunt van die gehalteversekeringskomitee se vergaderings, vir onmiddellike probleemoplossing en regstelling, uitmaak.

Schroeder & Maibusch (1984: 210-212) propageer 'n stelsel-evaluering van die gehalteversekeringsprogram. Die insette van die program, veral ten opsigte van die doelstellings, word eerstens beoordeel. In die deurvoerproses is die fokus op die beoordeling van die evalueringstegnieke en -instrumente. Die totale sukses van die program, aan die hand van verbeterde dienslewering, word as uitsetfase beoordeel.

#### **3.11 KONSEPTUELE RAAMWERK**

Dit blyk uit die literatuuroorsig dat die teoretiese en konseptuele raamwerk van verskillende outeurs oor verpleegkundige gehalteversekering in wese baie ooreenstem. Die ontwikkelingsvlak van 'n land se verpleegkundiges in die realisering van gehalteversekering, is 'n bepalende faktor wat die moeilikheidsgraad van die modelle beïnvloed. In die Verenigde State van Amerika is gehalteversekering in staf-funksie teenoor die Europese stelsels waarin dit, op grond van die praktisyne se professionele aanspreeklikheid, 'n lynfunksie is. Dit bring mee dat die Verenigde State van Amerika 'n eksterne gehalteversekeringsproses voorstaan teenoor Europa wat 'n interne gehaltebeheerbenadering volg.



Vir die doeleindes van hierdie studie volstaan die navorser by die volgende konseptuele raamwerk:

- \* Gehalteversekering is 'n stelselproses bestaande uit die formulering van standaarde en kriteria as inset-fase, die evaluering van werklike praktykvoering as deurvoerfase, en die neem van korrektiewe aksies, vir verbeterde dienslewering, as uitsetfase, met deurlopende terugvoering as 'n koppeling tussen die fases (vergelyk figuur 1.1, bladsy 9).
- \* Die doelstellings en beginsels van gehalteversekering, soos deur die WGO-werkgroep en die Joint Commission on Accreditation of Hospitals uitgebeeld, word as basis vir die formalisering van gehalteversekering in die suid-Afrikaanse gesondheidsdienste aanvaar.
- \* Die ontwerp en operasionalisering van 'n verpleegkundige gehalteversekeringsprogram in privaathospitale bestaan uit 'n ontwikkelingsfase wat deur die moniterings- en evalueringsfase opgevolg word. Die modelle van Bruwer (1986) en die JCAH (vergelyk figure 3.10 en 3.14) vorm die basis vir hierdie konseptualisering.

### 3.12 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die dinamika van gehalteversekering waarvolgens die toepaslike konseptuele raamwerk vir hierdie studie voorgestel is, verken.

In Historiese perspektief ten opsigte van die ontwikkeling van gehalteversekering in gesondheidsdienste, is kortliks deurskou en enkele toepaslike gehalteversekeringsmodelle is vervolgens bespreek. Verskeie internasionale perspektiewe ten opsigte van die doelstellings en beginsels van gehalteversekering is weergegee.

Die proses van gehalteversekering is deur middel van die stelselmodel, te wete die formulering van standaarde as insetdimensie, werkverrigtingevaluering as deurvoerdimensie, en remediering as resultaatdimensie, bespreek.

Die ontwerp en operasionalisering van 'n gehalteversekeringsprogram is krities ontleed en beskryf om die aanspreeklikheid vir gehalteversekering in gesondheidsdienste te verantwoord.

Die profiel van die verpleegadministrateur in privaat-hospitale word vervolgens bespreek.

## 'N PROFIEL VAN VERPLEEGADMINISTRATEURS IN PRIVAAT-HOSPITALE

---

### 4.1 HOOFSTUKPERSPEKTIEF

Hierdie hoofstuk het ten doel om 'n profiel van die verpleegadministrateur in privaathospitale saam te stele. Die navorsingsdoelstelling en navorsingsmetodologie, te wete die teikenpopulasie, die navorsingsontwerp en -tegnologie waarvolgens die doelstelling verantwoord is, word uiteengesit. Die resultate word ontleed en bespreek.

### 4.2 INLEIDING

Die rol van die verpleegadministrateur het, die afgelope dekade, 'n klemverskuiwing ondergaan. Faktore wat hierdie klemverskuiwing in haar/sy rol beïnvloed, sluit onder meer die groter spesialisering van gesondheidsdienste en bestuurstelsels; die privatisering en politisering van gesondheidsdienste; die verwagtinge van die pasient; die veranderde personeelsamestelling en mobiliteit, asook ekonomiese knelpunte in.

'n Kritiese ontleding van die rol en verantwoordelikhede van die verpleegadministrateur in stedelike provinsiale hospitale is deur Robertson (1984) gemaak vanuit 'n perspektief op die verlede, hede en toekoms. Sy bevind onder meer dat hierdie rol baie kompleks geraak het en dat die verpleegadministrateur dit moeilik vind om by die rolveranderinge en die eise wat vandag aan haar/hom gestel word, aan te pas.

Die verpleegadministrateur is aanspreeklik vir die gehalte van verpleging wat in haar/sy diens gelewer word. Aanspreeklikheid het volgens Bergman (1982b: 8-9) sekere vereistes, te wete vermoëns, verantwoordelikheid en gesag. Vermoëns sluit ook kennis, vaardighede en waardes in. Dit impliseer dat die verpleegadministrateurs in privaathospitale ook oor sekere vermoëns (kennis, vaardighede en

waardes) moet beskik ten einde hul bestuursrol toereikend te kan vervul..

Die privatisering van gesondheidsdienste is, met die uitreiking van die Witskrif oor Privatisering en Deregulering in die Republiek van Suid-Afrika (Suid-Afrika, 1987), deur die regering as beleid aanvaar. Met die uitbreiding van gesondheidsdienslewering deur die privaatsektor in Suid-Afrika word die daarstelling van gehalteversekeringsmeganismes in noodsaaklikheid (Snyckers, 1986: 22-25).

Verskeie meganismes word tans ondersoek ten einde die gehalte van dienslewering en die toepassing van standaarde in privaathospitale te verseker (Suid-Afrika, 1988: 14). Die formalisering van gehalteversekering in privaathospitale stel dus verdere eise aan die verpleegadministrateurs.

Aangesien daar geen inligting betreffende die profiel van verpleegadministrateurs in privaathospitale beskikbaar is nie, ontstaan die vraag of hierdie groep verpleegadministrateurs oor die nodige ervaring en kennis beskik om aan hierdie eise en rolverwagtinge te voldoen.

In Profiel van die verpleegadministrateur in privaathospitale is dus nodig en behoort waardevolle inligting betreffende die verpleegadministrateurs se professionele en akademiese kwalifikasies, asook hul bestuurservaring, te verskaf. Hierdie profiel kan ook as basis vir verdere studies en evaluering betreffende die verpleegadministrateurs in privaathospitale dien.

#### **4.3 DOELSTELLING**

Die volgende doelstellings word in hierdie afdeling van die studie nagestreef:

die identifisering en beskrywing van geselekteerde demografiese, biografiese, opvoedkundige en professionele agtergrondeienskappe van die verpleegadministrateur in Suid-Afrikaanse privaathospitale; en

om in profiel van hierdie eienskappe op te stele

## 4.4 POPULASIE EN STEEKPROEFNEMING

### 4.4.1 Teikenpopulasie

In Teikenpopulasie bestaan volgens Couper, Smit, Stoker & Strasheim (1988: 2) uit die totale groep van persone, items ofvoorwerpe waarop die ondersoek betrekking het.

Die teikenpopulasie vir hierdie navorsingsdoelstelling sluit alle verpleegadministrateurs in privaathospitale (met in winsmotief) in Suid-Afrika in. In Lys van die teikenpopulasie is gekonstrueer deur middel van die hospitaaljaarboek (Hospital and Nursing Year Book of Southern Africa, 1988), asook inligting verkry vanaf die Departement van Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad en word in tabel 4.1 weergegee.

Transvaal beskik oor die meeste privaathospitale, te wete ses-en-veertig, waarvan twaalf in die kategoriee 100-199 en 200 of meer beddens ressorteer.

Die Kaapprovinsie beskik oor in totaal van agt-en-twintig privaathospitale waarvan nege oor 100 of meer beddens, beskik. Natal het slegs agt privaathospitale waarvan vier 100 of meer beddens het en die Oranje-Vrystaat beskik oor slegs twee privaathospitale.

Die teikenpopulasie bestaan dus uit vier en tagtig privaathospitale met die verpleegadministrateurs as spesifieke ontledingseenheid.

Tabel 4.1      Provinsiale verspreiding van privaathospitale  
in Suid-Afrika volgens grootte in beddetal

Provinsie	Aantal beddens				
	1-49	50-99	100-199	200 +	Totaal
Transvaal	9	13	12	12	46
Kaapprovinsie	11	8	4	5	28
Oranje-Vrystaat	0	0	2	0	2
Natal	4	0	2	2	8
	24	21	20	19	84

4.4.2    Steekproefneming

Die totale teikenpopulasie, naamlik vier-en-tagtig hospitale, is doelbewus vir hierdie fase van die studie as steekproefpopulasie geneem en sluit dus alle verpleegadministrateurs in privaathospitale as ontledingseenheid in.

Hierdie besluit is gegrond op die fisiese en finansiële hanteerbaarheid van In 100% steekproefneming, te wete vier-en-tagtig, wat ewekansige steekproefneming onnodig rnaak. Dit was dus logisties gerieflik om die totale teikenpopulasie in die studie te betrek.

4.5    NAVORSINGSONTWERP    EN    -TEGNOLOGIE

4.5.1    Benadering en metode

In Profiel van die verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaathospitale is by wyse van In verkennende beskrywende oparne bepaal.

## 4.5.2 Navorsingstegniek

### a) nata-insamelingsinstrument

Omdat die steekproefpersone wyd yerspreid oor Suid-Afrika is (vergelyk tabel 4.1) en die vrae hoofsaaklik demobiografies van aard is, is 'n gestruktureerde posvraelys as navorsingsinstrument in hierdie fase gekies.

Treece & Treece (1982: 228) bevestig die keuse van hierdie navorsingstegniek deur die volgende toepaslike voordele van die vraelys toe te lig:

- dit is 'n relatief eenvoudige metode om inligting te bekom;

- dit is 'n vinnige en relatief koste-effektiewe metode om 'n groot groep wyd-verspreide persone gelyktydig te betrek;

- die verwerking van die vraelyste kan relatief maklik geskied;

- die steekproefpersone en hospitale word nêrens op die vraelys geïdentifiseer nie en anonimiteit word sodoende gehandhaaf.

Die vraelys bestaan uit agt bladsye en bevat hoofsaaklik gestruktureerde, geslote vrae. Dit neem ongeveer vyftien minute om te voltooi (vergelyk bylaes een en twee).

Die opname is in vier afdelings verdeel en vrae is daarvolgens deur die navorser ontwerp. Afdeling A handel oor persoonlike data, afdeling B oor opvoedkundige inligting, afdeling C oor indiensnemingsinligting en in afdeling D is tersaaklike professionele inligting ingewin.

Die inhoudseleksie van vrae is gegrond op soortgelyke opnames deur die suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (1985), wat gedurende 'n sensusopname in 1985 biodemografiese inligting ingewin het; Robertson (1984) se ondersoek na die verpleegadministrateur in Suid-Afrika en Brink (1984) wat 'n profiel van die verpleegdosent in Suid-Afrika opgestel het.

Die inligting in afdeling D van die vraelys is gebaseer op die literatuurstudie en die hoofvindings waarvolgens verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale geformuleer is (vergelyk bylaes sewe en agt) ten einde die verpleegadministrateur se opvoedkundige behoeftes met betrekking tot verpleegdiensbestuur te bepaal.

#### b) Voortoetsing

Die doel van die voortoetsing was om enige verwarrende terminologie, bewoording of instruksies te elimineer, om responsopsies van die vrae te verhoog en om die inhoudsgeldigheid van die instrument te bepaal.

Vir die vooronderzoek van hierdie deel van die studie is agt vraelyste volgens 'n gerieflikheidsteekproefneming, aan agt verpleegadministrateurs voorgelê met die versoek om skriftelik kommentaar te lewer oor die duidelikheid van die instruksies, die toepaslikheid van die vrae asook die volledigheid van die inhoud. Om vertroebeling in die steekproefpopulasie te voorkom is verpleegadministrateurs vanuit die nie-winsmotief privaatsektor, naamlik mynhospitale, geselekteer. Slegs enkele vraagopsies is bygevoeg.

#### c) nata-insameling

Die vraelyste is in albei landstale aan die steekproefpersone gegee. Instruksies is op die voorblad van die vraelys aangebring ter verduideliking van die doel van die ondersoek. Dit het voorts ook inligting verskaf oor die wyse waarop die vraelys ingevul moes word, asook 'n verduideliking ten opsigte van die terugsending van die vraelys. Geen persoon is onder verpligting geplaas om die vraelys te voltooi nie - deelname was vrywillig en anoniem. 'n Totaal van vier-en-tagtig vraelyste is versend.

#### d) Geldigheid van die instrument

Geldigheid verwys na die mate waarin 'n instrument meet wat dit veronderstel is om te meet (Polit & Hungler, 1983: 394). Sig- en inhoudsgeldigheid betreffende die biografiese data is deur 'n navorsingskonsultant, en betreffende die professionele data deur drie senior verpleegadministrateurs wat by die voortoetsing betrokke was, bevestig.



#### e) Betroubaarheid van die instrument

Betroubaarheid verwys na die mate waarin die instrument daarin slaag om die werklike eienskap wat nagevors word sonder metingsfoute te meet. Dit verwys ook na die stabiliteit van die instrument, te wete die vermoë om met herhaalde gebruik dieselfde resultate te verkry (Vockell, 1983: 22-23).

Betroubaarheid van data is volgens Vockell (1983: 26-29) ook afhanklik van die wyse waarop die instrument saamgestel is, *die* duidelikheid van die items en die algemene administrasie van die instrument.

Aangesien geen meting in hierdie deel van die studie tersaaklik is nie, is op aanbeveling van die statistiese konsultant, geen statistiese betroubaarheid van die instrument verreken nie.

#### 4.5.3 Data-ontledingsplan

Die data is deur middel van In rekenaar, met behulp van die SPSS-x pakket (Statistical Package for the Social Sciences) verwerk. Gegewens is deur middel van frekwensies en persentasies georden en in sektordiagramme en histogramme weergegee. Beskrywende statistiek word met die ontleding en bespreking van gegewens gebruik. Persentasies is tot die naaste heelgetal benader..

Kruistabelle is gebruik om verskille tussen veranderlikes aan te dui en Chi-kwadraattoetsing is, waar van toepassing, uitgevoer om die betekenisvolheid van verskille tussen veranderlikes (groepe) aan te dui.

#### 4.6 ETIESE OORWEGINGS

Skriftelike versoek tot deelname aan die studie is met versending van die posvraelys aan die steekproefpersone gerig (vergelyk bylaes een en twee).

Geen persoon is onder dwang geplaas om deel te neem nie. Anonimiteit is ook deur die navorser verseker.

## 4.7 RESULTATE

### 4.7.1 Inleiding

Bylaes een (Afr.ikaans) en twee (Engels) weerspieel die instrument, met gepaardgaande items, wat vir hierdie afdeling van die studie tersaaklik is.

Robertson (1984) het in 1984 'n studie onderneem waar tydens sy, onder meer, 'n profiel van die verpleegadministrateur in stedelike provinsiale hospitale, akademies en nie-akademies, opgestel het. Data sal, waar van toepassing, met dié van Robertson se studie vergelyk word.

Die nasionale professionele profiel van die Suid-Afrikaanse verpleegmag sal, waar van toepassing, met hierdie resultate vergelyk word.

### 4.7.2 Realisasie

'n Totaal van agt-en-sestig uit 'n potensiaal van vier-en-tagtig vraelyste is terugontvang wat 'n besonder hoë realisasiesyfer van 81% verteenwoordig. Albei die vraelyste wat aan die privaathospitale in die Oranje-Vrystaat gepos is, asook die agt vraelyste wat aan Natalse privaathospitale gepos is, is terugontvang. In Transvaal het een-en-veertig uit die ses-en-veertig (89%) verpleegadministrateurs hul vraelyste betyds teruggestuur. Die Kaapprovinsie het die swakste gereageer, te wete sewentien uit die agt-en-twintig (61%) wat egter steeds 'n goeie respons verteenwoordig. In Totaal van agt vraelyste is ongeveer een maand na die keerdatum ontvang met verskonings van verpleegadministrateurs wat met verloor was.

### 4.7.3 Persoonlike inligting

In hierdie afdeling is demografiese en biografiese inligting versamel en sluit geslag, huwelikstatus, ouderdom, bevolkingsgroep, getal afhanklikes en huistaal in. Items A1 tot A6 is van toepassing, soos in bylaes een en twee uiteengesit.

#### a) Geslag

Die verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaat-hospitale is tans hoofsaaklik vroulik. Slegs twee (3%) van die agt-en-sestig respondente is manlik. Hierdie persentasieverdeling vergelyk gunstig met die persentasie manlike verpleegkundiges in Suid-Afrika wat tans 3,2% beloop (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988a: 10-11). Dit is interessant om daarop te let dat Robertson (1984: 243) se ondersoek na die verpleegadministrateur in provinsiale stedelike hospitale geen manlike respondente ingesluit het nie.

#### b) Huwelikstatus

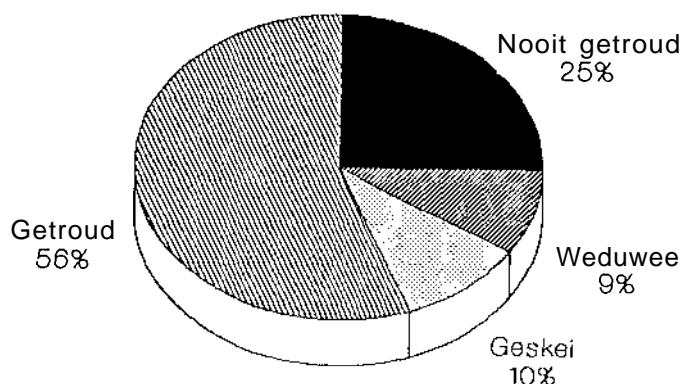
Figuur 4.1 beeld die persentasieverspreiding betreffende die huwelikstatus van die respondente uit. Sewentien (25%) van die respondente is nooit getroud nie terwyl die meeste respondente, te wete agt-en-dertig (56%), ten tye van die ondersoek getroud was. Sewe (10%) en ses (9%) respondente was geskei of 'n weduwee onderskeidelik, wat 'n totaal van 19% weer spieël.

'n Ontleding van die kruistabelgegevens toon dat, uit die een-en-twintig (31%) respondente wat die hospitaalgrootte van 200 en meer beddens verteenwoordig het (vergelyk figuur 4.12), bykans die helfte, te wete tien respondente, ten tye van die ondersoek getroud was. Daar was geen respondente in hierdie kategorie hospitaalgrootte wat nooit getroud was nie. Die kleiner hospitaalgrootte daarteenoor, te wete 100-199 beddens wat deur drie-en-twintig (34%) respondente verteenwoordig was, het eweveel respondente in die nooit getroud- en getroud-kategorie gehad, naamlik sewe.

In haar studie onder verpleegadministrateurs in stedelike provinsiale hospitale het Robertson (1984: 246) bevind dat 37,7% nooit getroud was nie, 28,3% getroud en 34% geskei of weduwees. Hierdie verskil in huwelikstatus kan moontlik toegeskryf word aan die verskil in ouderdomme tussen die twee groepe in die afsonderlike studies.

'n Analise van hierdie gegevens bepaal dat die respondente benewens die rol van verpleegadministrateur, ook 'n gesinsrol vervul, aangesien meer as die helfte (56%) van die respondente ten tye van die studie getroud was.

Figuur 4.1            verspreiding van respondente se huwelikstatus  
(N=68)



#### c) Ouderdomsgroep

Die meeste respondente, naamlik nege-en-twintig (43%), was in die ouderdomsgroep 35-44 jaar terwyl twintig (29%) respondente in die ouderdomsgroep van 45-54 jaar geressorteer het. Die jonger en ouer ouderdomsgroepe, naamlik 25-34 jaar, asook 55 jaar en ouer, is deur nege (13%) en tien (15%) respondente onderskeidelik verteenwoordig (vergelyk figuur 4.2). In Ontleding van die kruistabelgegewens toon dat die twee nasionale verpleegadministrateurs onderskeidelik in die ouderdomsgroepe 35-44 en 45-54 jaar geressorteer het.

Hierdie resultate verskil van Robertson (1984: 244-245) se bevindinge betreffende die ouderdom van die verpleegadministrateur in stedelike provinsiale hospitale waar 35,8% in die ouderdomsgroep 40-49 jaar en 49% in die kategorie 50-59 jaar geressorteer het. Die gemiddelde ouderdom van die verpleegadministrateur in provinsiale hospitale was in 1984 vyftig jaar teenoor die verpleegadministrateur in privaathospitale se gemiddelde ouderdom van twee-en-veertig jaar in 1989.

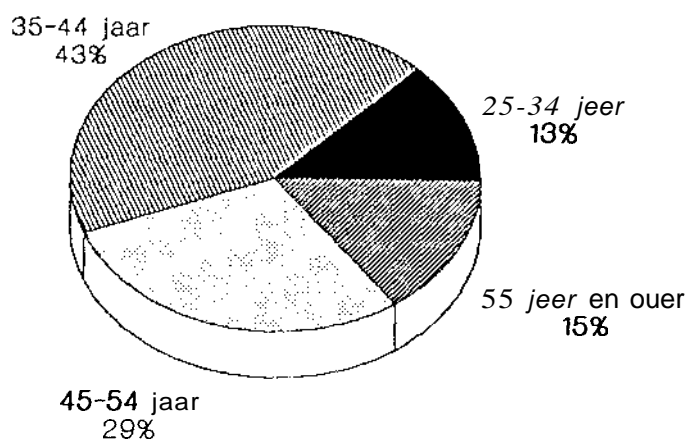
Hierdie resultate strook met die mening van respondente in Robertson (1984: 408) se navorsing dat die verpleegadministrateur in beheer van In verpleegdiens In volwasse persoon van ongeveer veertig jaar behoort te wees

Studies deur Goodrich (1982: 43) en Whetsone (1977: 55) het getoon dat die gemiddelde ouderdom van verpleegadministrateurs in die Verenigde State van Amerika tussen veertig en nege-en-veertig jaar gewissel het. Hierdie bevindinge stem grootliks ooreen met die bevindinge van hierdie studie.

Die verpleegadministrateurs in privaathospitale blyk dus 'n relatief jong, maar volwasse groep te wees met 'n ouderdomsverspreiding van hoofsaaklik tussen 35 en 54 jaar. Meer as 40% is in die ouderdomsgroep 35-45 jaar en bykans een derde val in die ouderdomsgroep van 45-54 jaar. Geen respondente was ten tye van die ondersoek onder die ouderdom van 25 jaar nie.

Wanneer die respondente se ouderdom volgens provinsies ontleed word is dit opmerklik dat die jonger respondente, in die ouderdomsgroep 25-34 jaar, slegs in die Kaapprovinsie en Transvaal werksaam was. Die ouderdomsverspreiding in die ander ouderdomsgroepe toon provinsiaal 'n proporsionele verspreiding en geen betekenisvolle verskil, op die vyf persent betekenispeil, is deur 'n Chi-kwadraattoets bevestig nie ( $p=0,8151$ ).

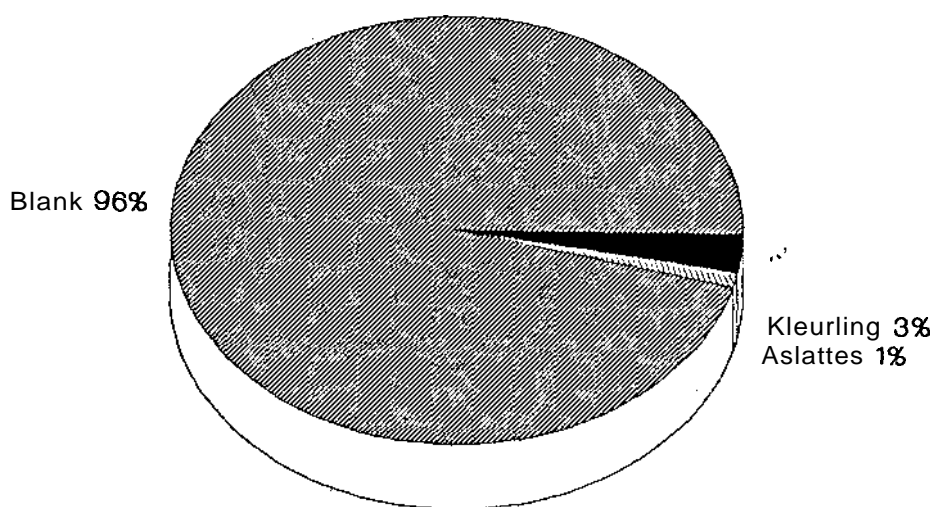
**Figuur 4.2** Ouderdomsverspreiding van respondente  
(N=68)



#### d) Bevolkingsgroep

Die verpleegadministrateurs in privaathospitale was hoofsaaklik vanuit die blanke bevolkingsgroep wat vyf-en-sestig (96%) verteenwoordig het, teenoor die Asiatiese en kleurlingbevolkingsgroepe met elk een (1%) en twee (3%) respondente onderskeidelik (vergelyk figuur 4.3).

Figuur 4.3      Verspreiding van respondente volgens bevolkingsgroep      (N=68)

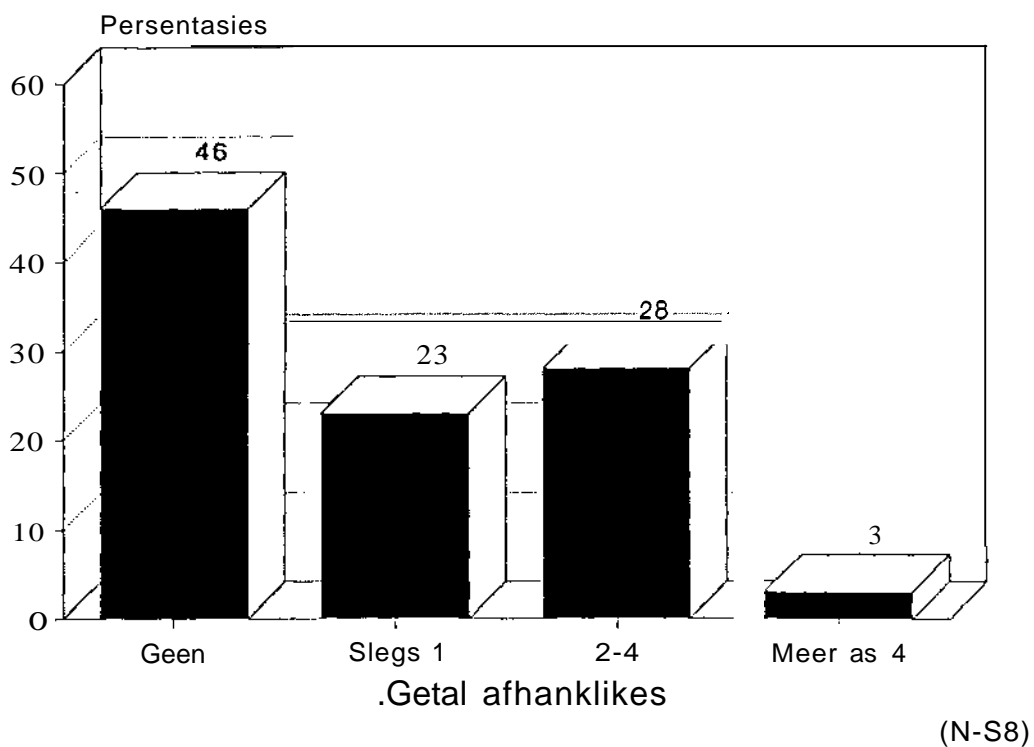


#### e) Afhanklikes

Die meeste respondente het afhanklikes wat hul gesinsrol, soos in figuur 4.1 uitgebeeld; bevestig. In Totaal van negentien (28%) respondente het twee tot vier afhanklikes terwyl sestien (23%) respondente die verantwoordelikheid van slegs een afhanklike het. In die geval van twee (3%) respondente is daar meer as vier afhanklikes na wie hul, benewens hul bestuursverantwoordelikhede, ook moet omsien.

In Vergelyking van hierdie gegewens met Robertson (1984: 246-247) se bevindinge in stedelike provinsiale hospitale, toon In relatiewe ooreenkoms in die kategorie "geen afhanklikes" waar 50,9% in hierdie kategorie geressorteer het. Dit is egter opmerklik dat 28% van die respondente in die privaathospitale twee of meer afhanklikes het teenoor die bykans 45% in provinsiale hospitale, ten spyte van die groot verskil in getroude status tussen die twee studiegroepe. Hierdie resultate mag verklaar word vanuit die groter getal weduwees/geskeides wat in die openbare sektor dié geval was, naamlik 34% teenoor 19% in die privaatsektor.

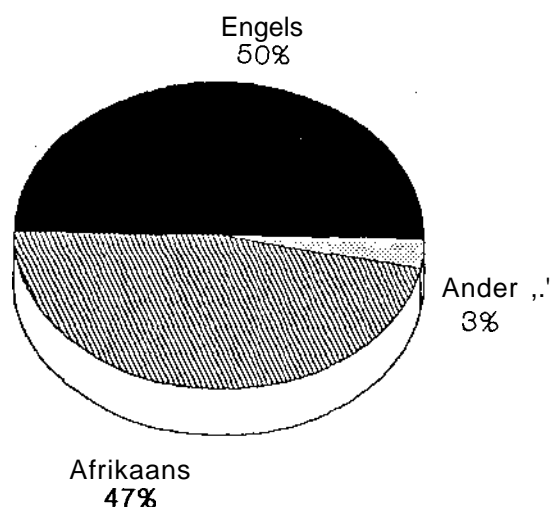
Figuur 4.4      Verspreiding van respondente se getal .  
afhanklikes      (N=68)



#### f) Huistaal

In Redelik gelyke verspreiding van Afrikaans teenoor Engels as huistaal is gevind (vergelyk figuur 4.5). Die helfte van die respondente is Engelssprekend teenoor twee-en-dertig (47%) wat Afrikaans as hul huistaal aangegee het. Een blanke respondent het Duits as huistaal aangedui terwyl een kleurlingrespondent aangetoon het dat sy In "ander" taal besig.

Figuur 4.5      Verspreiding van respondente se huistaal  
(N=68)



#### 4.7.4 Opvoedkundige inligting

##### a) Basiese verpleegopleidingsprogram

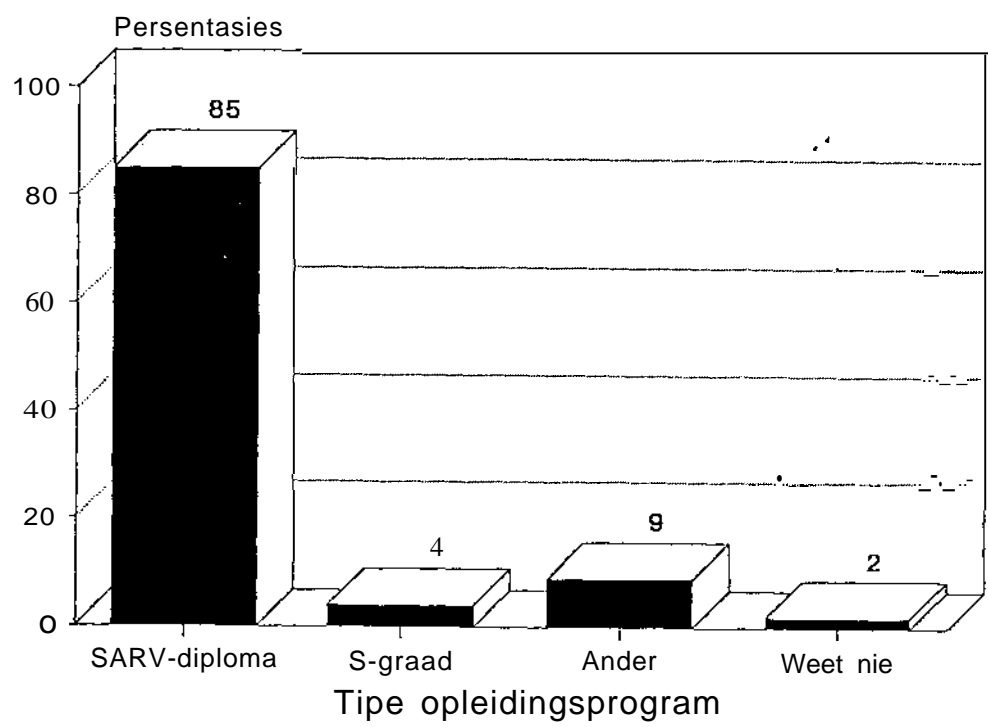
Die resultate van hierdie item word in figuur 4.6 weergegee. Die meeste respondente, te wete agt-en-vyftig (85%), het hul basiese verpleegopleiding op diplomavlak (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging) voltooi. Slegs drie (4%) respondente het In baccalaureusgraad gevolg en ses (9%) respondente het, In "ander" basiese verpleegopleidingsprogram, hoofsaaklik buitelandse, gevolg. Hierdie ander verpleegopleidingsprogramme sluit in 'n Rhodesiese, 'n Hollandse en 'n Skotse program in en drie respondente het aangedui dat hulle Engeland se program gevolg het. Een respondent het aangedui dat sy nie weet watter program sy gevolg het nie (vergelyk figuur 4.6).



Hierdie resultate verskil van Robertson (1984: 252) -se studie wat getoon het dat 10% van die verpleegadministrateurs vanuit die nie-akademiese provinsiale hospitale in basiese graadopleiding deurloop het.

Dit is opmerklik, volgens die ontleding van die kruistabelgegewens, dat die drie respondente, wat in baccalaureusgraad as basiese verpleegopleidingsprogram voltooi het, uit Transvaal afkomstig was.

Figuur 4.6            Verspreiding van respondente se basiese verpleegopleidingsprogram            (N=68)



## b) Professionele kwalifikasies

Die resultate van hierdie item word in figuur 4.7 uitgebeeld. Op grond van beperkinge van die grafiese program is die professionele kwalifikasies afgekort en aangepas.

Al die respondente beskik oor Algemene Verpleegkunde en sestig (88%) respondente oor Verloskundige Verpleegkunde as basiese kwalifikasies. Hierdie resultate vergelyk gunstig met die nasionale profiel van die verpleegmag waar 83% van die verpleegkundiges ook as Vroedvroue geregistreer is (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988a). In Ontleding van die kruistabelgewens toon dat die agt respondente wat nie oor Verloskunde as basiese kwalifikasie beskik nie, afkomstig is vanuit die Kaapprovinsie (twee), Natal, (twee) en Transvaal (vier). Aangesien Natal deur slegs agt respondente in hierdie studie verteenwoordig was (vergelyk figuur 4.10), is 25% van hierdie verpleegadministrateurs nie as vroedvroue geregistreer nie. Daar moet egter in gedagte gehou word dat Natal vier privaathospitale het (vergelyk tabel 4.1) wat in die kategorie 1-49 beddens ressorteer. In Verdere ontleding toon dat die agt respondente, wat aangetoon het dat hulle nie as vroedvroue geregistreer is nie, wel verloskundige verpleging as 'n verpleegdissipline (vergelyk bylae een, item C5) in hul onderskeie hospitale aangedui het.

Wanneer die resultate oor die aard van verpleging (dissiplines) in die onderskeie hospitale/klinieke ontleed word (vergelyk figuur 4.13), waar een-en-dertig (46%) respondente aangedui het dat verloskundige verpleging in hul hospitaal beoefen word, is die getal respondente wat oor 'n verloskundige kwalifikasie beskik, teleurstellend laag.

Slegs twintig (29%) respondente beskik oor Verpleegadministrasie- as 'n addisionele kwalifikasie terwyl Operasiesaal-verpleegkunde die volgende hoogste frekwensie registrasies toon, naamlik sewentien (25%) respondente. Gemeenskaps-verpleegkunde volg met vyftien (22%) respondente en Verpleegonderwys met elf (16%) respondente. Nege (13%) respondente beskik oor psigiatrisie Verpleegkunde terwyl ses (9%) respondente Intensiewe Verpleegkunde as addisionele kwalifikasies geregistreer het. Drie (4%) respondente het Pediatriese Verpleegkunde (twee uit Transvaal en een uit die Kaapprovinsie), twee (3%) ortopediese Verpleegkunde

(albei uit Transvaal), en een (2%) Onkologiese Verpleegkunde (uit Transval) as addisionele kwalifikasies by die suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer (vergelyk figuur 4.7).

Robertson (1984: 250-253) se bevindinge in stedelike provinsiale hospitale toon dat 91% van die verpleegadministrateurs oor die kwalifikasie verpleegadministrasie beskik. Die resultate in hierdie studie, te wete 29%, vergelyk dus swak met die verpleegadministrateur se eweknie in die openbare sektor.

Dit is opmerklik dat nie een van die twee verpleegadministrateurs in die Vrystaatse privaathospitale oor die kwalifikasie verpleegadministrasie beskik nie. In die Kaapprovinsie het vier uit die sewentien (24%) verpleegadministrateurs 'n kwalifikasie in verpleegadministrasie, terwyl die helfte van Natal se agt verpleegadministrateurs oor dié kwalifikasie beskik. Van die een-en-veertig verpleegadministrateurs wat Transvaalse privaathospitale verteenwoordig het, beskik twaalf (29%) oor hierdie kwalifikasie. Die Chi-kwadraattoets bevestig hierdie verskil ( $p=0,4317$ ) op 'n vyf persent betekenispeil, in die onderskeie provinsies.

In die openbare sektor vereis die Personeeladministrasie-standaard (Kommissie vir administrasie, 1986) dat 'n verpleegkundige, wat vanaf die pos Hoofverpleegkundige na dié van Verpleegdiensbestuurder bevorder word, oor verpleegadministrasie as addisionele kwalifikasie beskik. Aangesien minder as 'n derde van die verpleegadministrateurs in privaathospitale oor hierdie kwalifikasie beskik, blyk dit dat hierdie standaard nie in die privaatsektor as essensieel gereken word nie.

Cilliers (1986: 127) huldig die mening datervaring alleen nie voldoende is om die verpleegadministrateur vir haar/sy hoogs gespesialiseerde bestuursaktiwiteite voor te berei nie. Deskundige kennis word verlang om bestuurshandelinge soos personeelbestuur, die opstel van 'n begroting, formulering van beleid en standarde te verrig: "Ervaring alleen is dus nie voldoende vir 'n verpleegkundige om die belangrike rol van verpleegadministrateur te vervul nie. Toepaslike opleiding in bestuurstegnieke, leierskap, hantering van personeel, hantering van finansies en selfs ook

opleiding in algemene menseverhoudinge, behoort die verpleegadministrateur in staat te stel om met groter sekerheid en doeltreffendheid te kan leiding gee."

Dit is opmerklik dat 'n relatief groot aantal verpleegadministrateurs in privaathospitale, naamlik 13%, oor psigiatriese Verpleegkunde beskik teenoor 3,8% in stedelike provinsiale hospitale (Robertson, 1984: 251). Hierdie resultate vergelyk ook gunstig met die nasionale profiel van die verpleegmag waar bykans 11% van alle verpleegkundiges in psigiatriese Verpleegkunde geregistreer is (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988a). Dit is egter opmerklik dat geen verpleegadministrateur in Natalse privaathospitale oor hierdie kwalifikasie beskik nie terwyl twee uit die Kaap-provinsie, een uit die Oranje-Vrystaat en ses vanuit Transvaal, in Psigiatriese Verpleegkunde geregistreer is.

In stedelike provinsiale hospitale beskik 55% verpleegadministrateurs oor Gemeenskapsverpleegkunde (Robertson, 1984: 251) teenoor 22% in die privaathospitale. Hierdie resultate vergelyk egter gunstig met die nasionale verpleegmagprofiel waar Gemeenskapsverpleegkunde deur-' ongeveer 10% verpleegkundiges geregistreer is (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988a: 58). Hierdie resultate vergelyk egter swakker met die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (1989: 15) se kaleidoskoopsensusresultate wat aangetoon het dat 25% geregistreerde verpleegkundiges oor Gemeenskapsverpleegkunde as addisionele kwalifikasie beskik. Die provinsiale verspreiding van hierdie kwalifikasie toon ook 'n redelike variasie in hierdie studie. In Transvaal beskik elf uit die een-en-veertig (27%) respondente oor Gemeenskapsverpleegkunde teenoor een uit die twee in die Oranje-Vrystaat, een uit die agt (13%) in Natal en twee uit die sewentien (12%) verpleegadministrateurs in die Kaap-provinsie. Die Chi-kwadraattoets bevestig ook hierdie verskil ( $\chi^2(p=0,4035)$ ) op 'n vyf persent betekenispeil.

Dit is nietemin teleurstellend dat die meeste verpleegadministrateurs in privaathospitale nie oor die Gemeenskapsverpleegkundekwalifikasie beskik nie. Die strewe na die lewering van 'n omvattende gesondheidsdiens in Suid-Afrika vereis dat die verpleegadministrateur oor hierdie gespesialiseerde kennis moet beskik. Human (1987: 175) bevestig dat gemeenskapsverpleging nie, soos dikwels aanvaar word, hoofsaaklik buite hospitaalverband beoefen word nie, aan-

gesien die hospitaal met sy personeel, pasiente, besoekers en omgewing, per definisie juis 'n eiesoortige gemeenskap is. Human (1987: 177) huldig ook die mening dat 'n bedryfsgesondheidsdiens vir hospitaalpersoneel 'n noodsaaklikheid in 'n hospitaal is. Dit is daarom belangrik dat die verpleegadministrateur in hospitale oor epidemiologiese navorsingsvaardighede moet beskik.

Dit is interessant om daarop te let dat 25% van die verpleegadministrateurs in privaathospitale oor die kwalifikasie Operasiesaalverpleegkunde beskik teenoor 15% in stedelike provinsiale hospitale (Robertson, 1984: 252). Hierdie resultate is ook aansienlik hoër as die nasionale verpleegmagprofiel van 4% (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988a: 56) en 13,4% (Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging, 1989: 15).

'n Verdere ontleding van die gegewens in die kruistabelle toon dat die verpleegadministrateur in Transvaalse privaathospitale 'n hoër persentasie operasiesaalverpleegkunde registrasies het; te wete twaalf uit die een-en-veertig (29%), teenoor die Kaapprovinsie waar vier uit die sewentien (24%) verpleegadministrateurs oor hierdie kwalifikasie beskik. Intensiewe Verpleegkunde daarteenoor het weer 'n hoër persentasie registrasies in die Kaapprovinsie waar vyf uit die sewentien (29%) verpleegadministrateurs oor hierdie kwalifikasie beskik teenoor slegs een uit die een-en-veertig verpleegadministrateurs in Transvaalse privaathospitale.

Die verpleegadministrateur in privaathospitale blyk klinies toereikend gekwalifiseerd te wees. Die 9% registrasies in Intensiewe Verpleegkunde is aansienlik hoër as die nasionale verpleegmagprofiel van 2,8%. Ortopediese Verpleegkunde (3%) en Pediatriese Verpleegkunde (4%) vergelyk ook gunstig met die nasionale verpleegmagprofiel van 1,2% en 2,3% onderskeidelik (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988a: 56-57).

Die verpleegadministrateur is aanspreeklik vir die gehalte van verpleging wat in haar/sy diens gelewer word. Die verpleegadministrateurs en superintendente is, volgens die bevindinge in Robertson (1984: 334; 385 en 402) se studie, die mening toegedaan dat die verpleegadministrateur oor genoegsame kliniese kennis moet beskik vir doelgerigte besluitneming, probleemoplossing en leidinggewing aan onder-

geskiktes, veral betreffende gehaltebeheer en -versekering in die kliniese praktyk.

'n Analise van die gegewens in item C5 (vergelyk bylae een), wat oor die aard van verpleging in die hospitaal (kliniek) handel, dui op 'n wye verskeidenheid kliniese spesialiteitsareas in verpleging in die privaathospitale, soos in figuur 4.13 weergegee. Uit die voorafgaande resultate blyk dit dat die verpleegadministrateur in privaathospitale klinies toereikend voorberei is vir gehaltebeheer en -versekering in hierdie dissiplines.

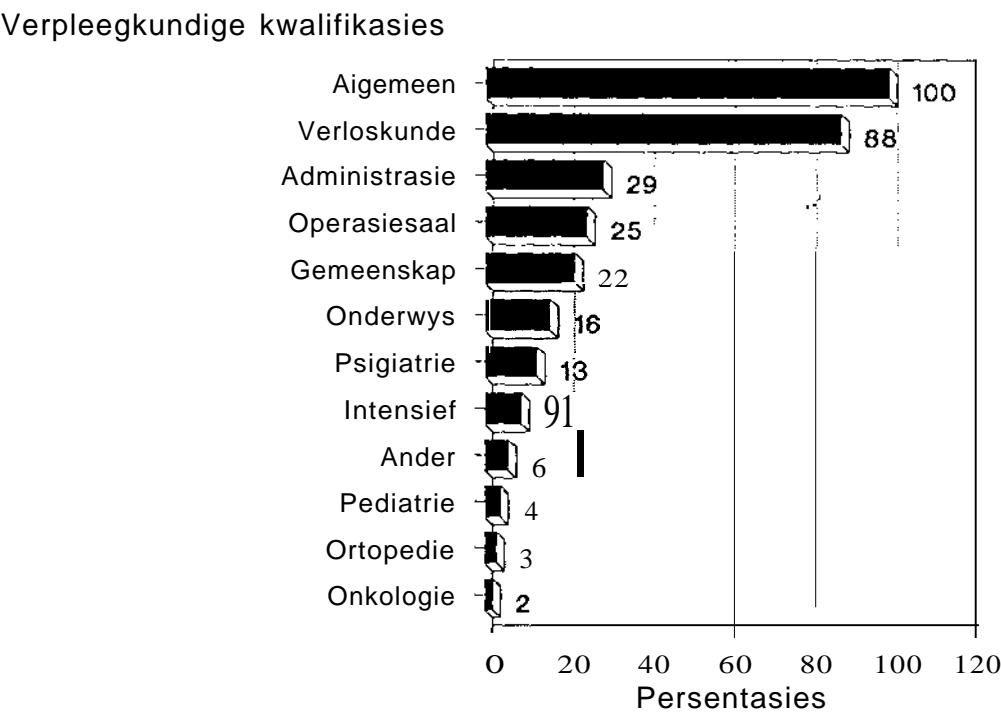
Verdere professionele kwalifisering as dosent blyk nie vir die verpleegadministrateurs in privaathospitale 'n prioriteit te wees nie. Alhoewel 16% hoër as die nasionale verpleegmagprofiel van 3,6% is (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988a: 57-58), vergelyk dit swak met die verpleegadministrateur in stedelike provinsiale hospitale waarvan bykans 55% oor hierdie addisionele kwalifikasie beskik (Robertson, 1984: 251). Geen privaathospitaal was ten tye van hierdie ondersoek as opleidingskool by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (vir geregistreerde verpleegkundiges) geregistreer nie. Slegs enkele hospitale was in 'n geaffilieerde hoedanigheid gemagtig om die kliniese opleiding van geselekteerde na-registrasie kursusse aan te bied. Tydens Robertson (1984) se ondersoek was 62% van die provinsiale hospitale as opleidingskole geregistreer wat vereis het dat die verpleegadministrateur oor 'n onderwyskwalifikasie moes beskik. Hierdie resultate kan dus moontlik op grond van die voorafgaande inligting verklaar word.

Vier (6%) respondente het verder aangedui dat hulle oor "ander" professionele kwalifikasies beskik, wat hoofsaaklik gesinsbeplanning, 'n diploma in Beroepsgesondheidsverpleegkunde en Kliniese sorg, Administrasie en Onderrig insluit.

'n Ontleding van die kruistabelgegewens toon dat beide die nasionale verpleegadministrateurs in hierdie studie oor registrasies in verloskundige, gemeenskaps- en operasie-saalverpleging beskik. Albei beskik oor die kwalifikasie Verpleegadministrasie, een is gekwalifiseer in Verpleegonderwys en een in intensiewe Verpleegkunde.

Bergman (1982b: 8) stel vermoens (kennis, vaardighede en waardes) as 'n voorwaarde viraanspreeklikheid. 'n Ontleding van die gegewens oor die professionele kwalifikasies van verpleegadministrateurs in privaathospitale dui daarop dat sy/hy nie toereikend voorberei is vir haar/sy bestuursverantwoordelikhede nie maar oor genoegsame kliniese kennis beskik om die nodige gehaltebeheer en -versekering in die verskeie dissiplines uit te oefen.

Figuur 4.1      Verspreiding van respondente se professionele kwalifikasies      (N=68)



### c) Hoogste professionele verpleegkundige kwalifikasie

Die meeste respondente, naamlik een-en-vyftig (75%), beskik oor 'n na-basiese diploma(s) as die hoogste professionele kwalifikasie. 'n Baccalaureusgraad is die hoogsteprofessionele verpleegkundige kwalifikasie vir tien (14%) respondente terwyl 'n honneurs- en magistergraad onderskeidelik deur een (2%) respondent elk as hoogste kwalifikasies aangetoon is (vergelyk figuur 4.8).

vyf (7%) respondente het slegs Algemene Verpleegkunde, in die vorm van 'n basiese diploma, as hoogste kwalifikasie aangedui waarvan twee in die Kaapprovinsie en drie in Transvaal werksaam was. Daar moet egter in gedagte gehou word dat nege (13%) respondente in kleiner hospitale werksaam is (vergelyk figuur 4.12).

'n Verdere ontleding van die gegewens in die kruistabelle toon dat die gegradueerdes hoofsaaklik vanuit Transvaal afkomstig is. 'n Baccalaureusgraad, wat deur tien respondente aangedui is, word deur een respondent in beide die Kaapprovinsie en Natal aangedui en die res, naamlik agt respondente, is uit die Transvaal afkomstig. Beide die honneurs- en magistergrade is deur verpleegadministrateurs in Transvaal as hoogste professionele verpleegkundige kwalifikasie aangetoon.

Die twee nasionale verpleegadministrateurs in hierdie studie is albei gegradueerd met een respondent wat 'n baccalaureusgraad en een wat 'n magistergraad as hoogste kwalifikasie aangetoon het.

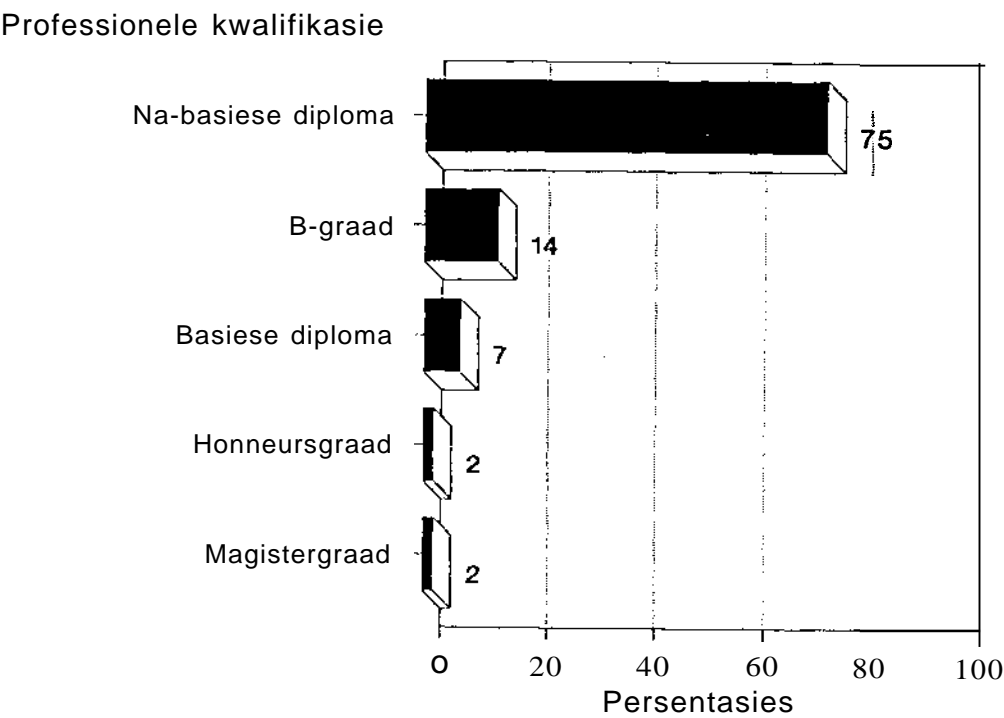
Robertson (1984: 252) bevind in haar studie dat 10% en 25% verpleegadministrateurs in stedelike provinsiale hospitale oar 'n basiese en na-basiese baccalaureusgraad onderskeidelik beskik. Die verpleegadministrateur in privaathospitale is primer gediplomeerd en slegs 18% is gegradueerd. Die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging (1985) verklaar in 'n standpuntmemorandum oor kwalifikasies in verpleegonderwys en -administrasie, dat verpleegadministrateurs in topbestuur gegradueerd behoort te wees.' Alhoewel die verpleegadministrateur in die privaatsektor nie noodwendig 'n topbestuurspas beklee nie is sy/hy in beheer van 'n verpleegdiens, meestal bestaande uit 200 beddens en meer (vergelyk figuur 4.12) •



Die respondente in Robertson (1984: 409) se studie was ook van mening dat 'n verpleegadministrateur gegraduateerd moet wees: "Most of the interviewees agreed that she must be well-educated and should have a nursing degree with nursing adminISTRATION as a major subject."

Indien die sestion respondente wat tans met verdere formele studie besig is hul studies suksesvol voltooi, behoort die geprojekteerde getal gegraduateerde verpleegadministrateurs in privaathospitale na 38% te styg.

Figuur 4.8      Verspreiding van respondente se hoogste professionele verpleegkundige kwalifikasies (N=68)



#### d) Nie-verpleegkundige kwalifikasies

Slegs vyf(7%) respondente het aangedui dat hulle oor nie-verpleegkundige kwalifikasies beskik. Hierdie kwalifikasies sluit diploma's in hoër onderwys, arbeidsverhoudinge, sekretariese dienste en besigheidsbestuur ("Business Science") in. Een respondent beskik oor 'n B.Sc.-graad (Wiskunde en Statistiek). Hierdie resultate is in ooreenstemming met die tendens in stedelike provinsiale hospitale waar 11,3% verpleegadministrateurs oor nie-verpleegkundige kwalifikasies beskik (Robertson, 1984: 250).

#### e) Formele studie

Dit is verblydend dat bykans een kwart van die respondente, naamlik sestion (23%), aangedui het dat hulle met voortgesette onderwys in die vorm van verdere formele studie, besig was. Twaalf (18%) respondente is tans besig met B.A.(Cur.) by die universiteit van suid-Afrika terwyl, die ander vier respondente elk besig is met verdere formele studie in besigheidsbestuur, B.A.(Sielkunde), LLB, en MBL. Een nasionale verpleegadministrateur het ook aangedui dat sy met verdere formele studie besig is.

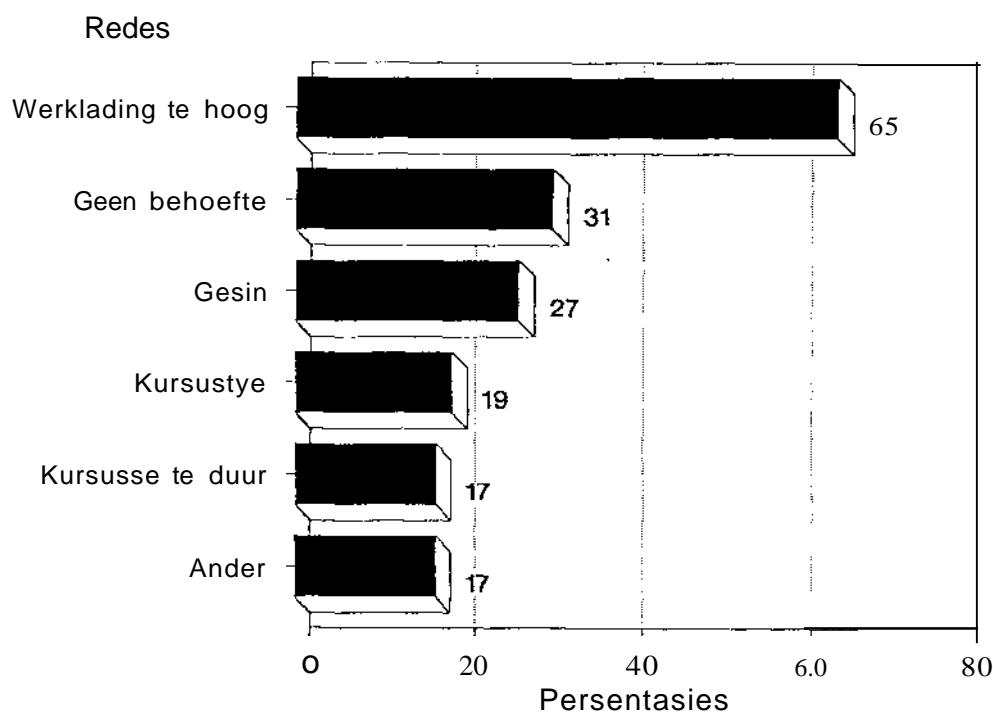
Dit blyk dat 'n groot aantal verpleegadministrateurs in privaathospitale gretig is om hulself verder te bekwaam.

#### f) Redes waarom studies nie voortgesit word nie

Vir die twee-en-vyftig (77%) respondente, wat aangedui het dat hulle nie tans besig is met verdere formele studie nie, blyk werkklading die vernaamste rede te wees wat deur vier-en-dertig (65%) respondente aangedui is. Sestion (31%) respondente het geen behoefte aan verdere studie nie terwyl veertien (27%) respondente gesinsverantwoordelikhede as 'n belangrike rede aangegee het, Tien (19%) respondente het aangevoer dat die kursusse op ongelee tye aangebied word en nege respondente (17%) was van mening dat die kursusse te duur is (vergelyk figuur 4.9).

Ander redes wat deur nege (17%) respondente aangegee is, het hoofsaaklik om "te na aan aftree-ouderdom", "geen studieverlofvoordele", "rus 'n bietjie" en "betaal te duur vir kinders se opleiding", gewentel (N=52).

Figuur 4.9        verspreiding van redes aangevoer waarom respondente nie tans met formele studie besig is nie (N=52)

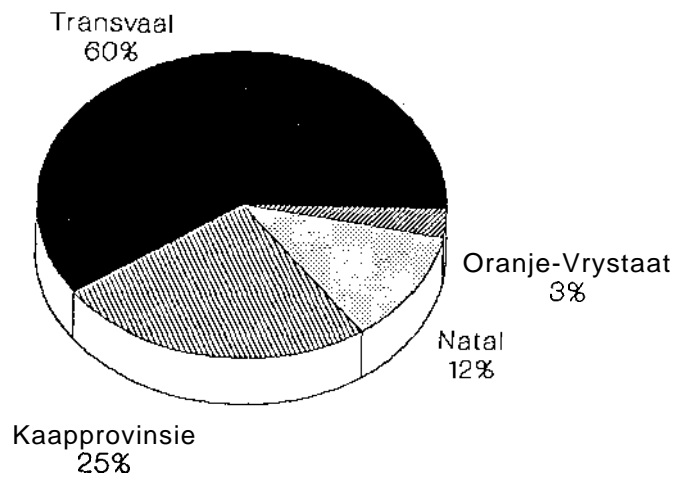


4.7.5    Indiensnemingsinligting

a)    Provinsie van indiensneming

Die meeste respondente, naamlik een-en-veertig (60%) was ten tye van die ondersoek werksaam in Transvaal, gevolg deur sewentien (25%) respondente in die Kaapprovinsie, agt (12%) respondente in Natal en slegs twee (3%) respondente in die oranje-Vrystaat (vergelyk figuur 4.10). In Ontleding van die gegewens in tabel 4.1 toon dat die privaat-hospitale goed verteenwoordig was, naamlik 87% van dié in Transvaal, 57% van die Kaapprovinsie en 100% uit beide Natal en die Oranje-Vrystaat, wat in betroubare weergawe van die profiel van verpleegadministrateurs in suid-Afrikaanse privaathospitale behoort te reflekteer.

**Figuur 4.10**      **Verspreiding van respondente volgens provinsie van indienseeming (N=68)**



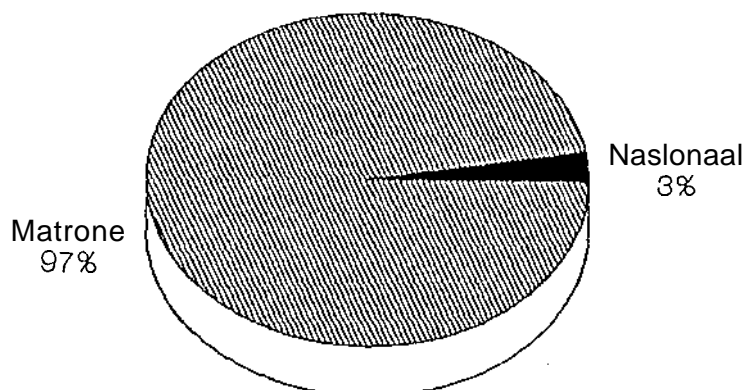
**b)      Indienseemingstatus**

Slegs een (2%) respondent het aangedui dat sy in In deeltydse hoedanigheid in diens geneem is. Hierdie respondent was vanuit die kleiner hospitaalkategorie, naamlik 1-49 beddens, in Transvaal afkomstig.

**c)      Huidige POs**

Twee (3%) respondente beklee die pos van nasionale verpleegadministrateur teenoor ses-en-sestig (97%) respondente wat die verpleegadministrateur. (matrone) in beheer van die diens is (vergelyk figuur 4.11). Die nasionale verpleegadministrateurs was ten tye van die ondersoek in Transvaal en die Kaaprovinsie onderskeidelik gestasioneer.

**Figuur 4.11      verspreiding van paste deur respondente  
beklee    (N=68)**

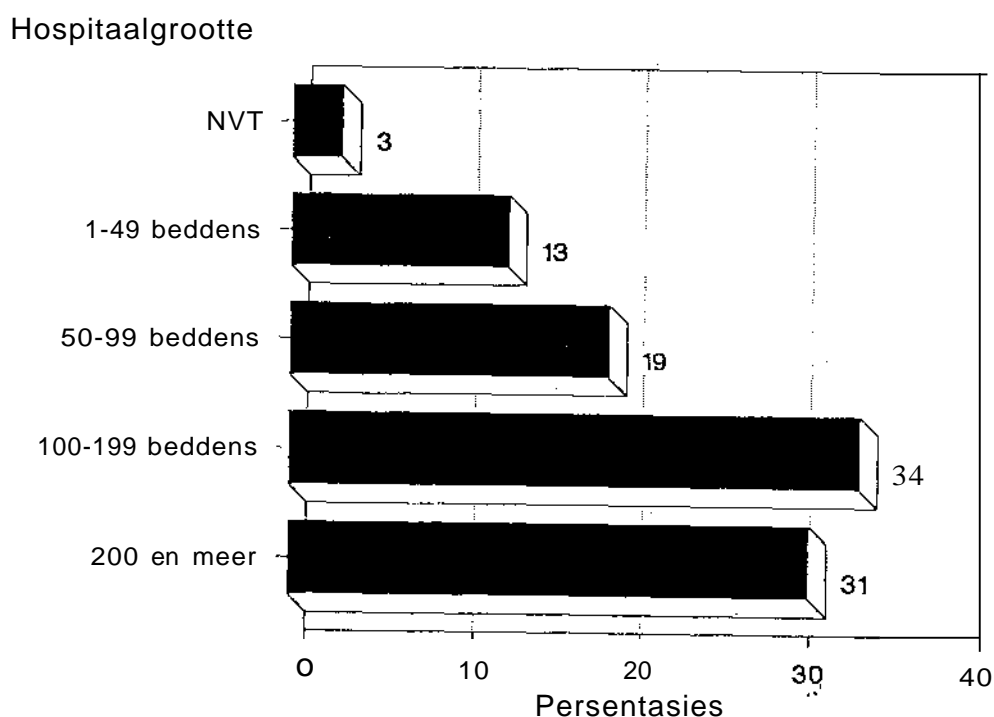


**d)      Grootte van kliniekhospitaal**

Die meeste respondente, naamlik drie-en-twintig (34%) het die hospitaalgrootte van 100-199 beddens verteenwoordig terwyl een-en-twintig (31%) respondente die hospitaalgrootte 200 en meer beddens verteenwoordig het. Die kleiner hospitale, naamlik 50-99 en 1-49 beddens, is onderskeidelik deur dertien (19%) en nege (13%) respondente verteenwoordig (vergelyk figuur 4.12). Die twee nasionale verpleegadministrateurs is nie in aanmerking geneem nie.

'n Analise van die gegewens in tabel 4.1 toon dat daar tans slegs twintig en negentien hospitale in die hospitaalgrootte 100-199 en 200 en meer beddens onderskeidelik in Suid-Afrika is. Die afleiding kan dus gemaak word dat daar intussen uitbreidings plaasgevind het wat die getal hospitaalbeddens in enkele hospitale laat toeneem het.

Figuur 4.12      Verspreiding van hospitaalgrootte deur res-  
pondente verteenwoordig      (N=68)



#### e) Aard van verpleging

Die aard van verpleging in die privaathospitale, waarvoor die verpleegadministrateurs aanspreeklik is, bestaan hoofsaaklik uit die mediese, chirurgiese en operasiesaal-dissiplines en verskeie ander spesialiteitsvelde. Die mediese dissipline is deur drie-en-sestig (92%) respondente aangedui, die chirurgiese dissipline deur ses-en-sestig (97%) respondente en operasiesaalverpleging deur vier-en-sestig/(94%) respondente.

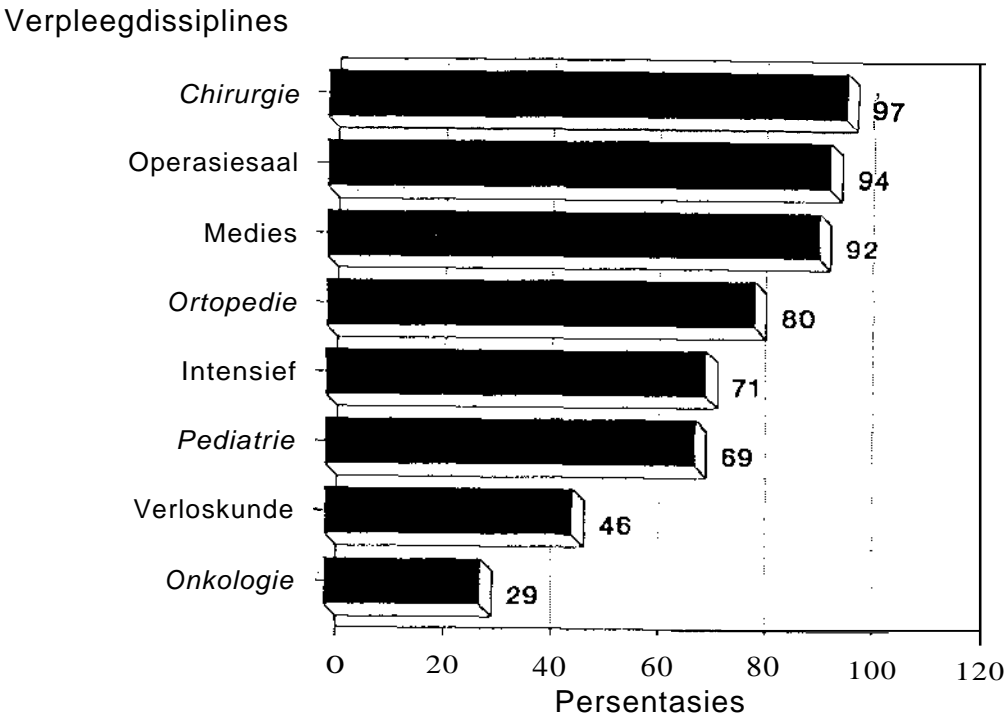
Intensiewe sorg word deur die hospitale van agt-en-veertig (71%) respondente verskaf terwyl ortopedies ook In groot deel van die verpleegpraktyk uitmaak. Dit word naamlik deur vyf-en-vyftig (80%) respondente se hospitale gelewer.

Verloskundige dienste word deur een-en-dertig (46%) respondente se hospitale gelewer en pediatriese verpleegdienste is deur sewe-en-veertig (69%) respondente aangedui. Dit "is interessant om daarop te let dat onkologiese dienste deur twintig (29%) respondente se hospitale verskaf word.

"Ander" dienste is deur agt (12%) respondente aangedui, wat hoofseakLdk psigiatrie, ongevalle, en 'n verduideliking van verskeie chirurgiese en mediese spesialiteitsrigtings ingesluit het. Twee respondente het aangedui dat hulle 'n primere gesondheidsdiens " ... at the estate clinics" in Natal aanbied (vergelyk figuur 4.13).

Die verpleegadministrateur" in privaathospitale is dus aanspreeklik vir 'n wye verskeidenheid verpleging in die onderskeie hospitale.

Figuur 4.13      verspreiding van verpleegdissiplines in die hospitale      (N=68)



#### 4.7.6 Professionele inligting

##### a} Jare van kliniese ervaring

Slegs °twee (3%) en vyf (7%) respondente onderskeidelik het minder as een jaar en een tot twee jaar kliniese ervaring aangedui. In eersgenoemde groep is een respondent vanuit die Kaapprovinsie en een vanuit Transvaal afkomstig. In laasgenoemde groep is °twee respondente vanuit die Kaapprovinsie, een uit die Oranje-Vrystaat en twee vanuit Transvaal afkomstig.

Die meeste verpleegadministrateurs, naamlik vier-en-vyftig (79%) het vyf of meer jaar kliniese ervaring gehad voordat hulle in 'n bestuurspos aangestel is. In hierdie groep is tien respondentewerksaam in die Kaapprovinsie, sewe in Natal, een in die Oranje-Vrystaat en ses-en-dertig in Transvaal. Dit is interessant om daarop te let dat hierdie data 59% van die Kaapprovinsie, 88% van Natal, 50% van die Oranje-Vrystaat en 88% van die Transvaalse verpleegadministrateurs weerspieël.

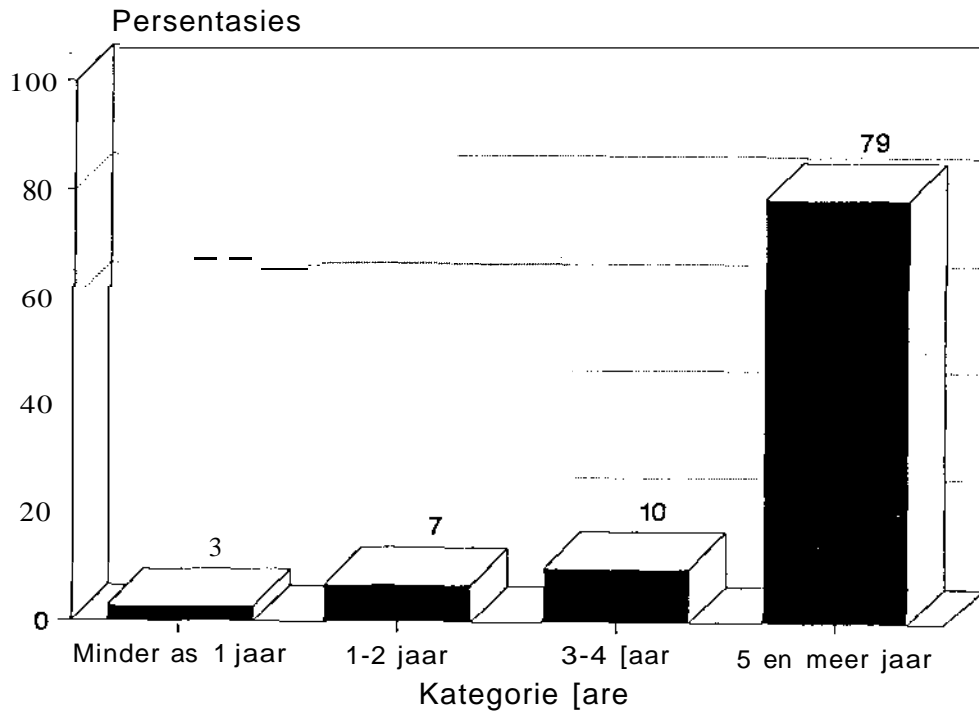
Sewe (10%) respondente het drie tot vier jaar kliniese ervaring gehad (vergelyk figuur 4.14), waarvan vier in die Kaapprovinsie, een in Natal en twee in Transvaal werksaam was.

Hierdie resultate vergelyk gunstig met Robertson (1984: 253) se bevindinge waar 71,7% verpleegadministrateurs in stedelike provinsiale hospitale vyf jaar of meer kliniese ervaring as 'n saalsuster gehad het.

In Analise van hierdie gegewens toon dat die verpleegadministrateur in privaathospitale klinies ervare verpleegpraktisyns is, wat die tradisionele loopbaanontwikkelingspatroon gevolg het voordat hulle in 'n bestuurspos aangestel is.



**Figuur 4.14**      **Verspreiding van jare kliniese ervaring van  
respondente voor aanstelling in In bestuurs-  
pos (N=68)**



#### **b) Areas van kliniese ervaring**

Die verpleegareas waarin die verpleegadministrateurs van privaathospitale ten minste ses maande kliniese ervaring as In geregistreerde verpleegkundige opgedoen het voordat hulle in In bestuurspos aangestel is, volg In voorspelde patroon.

Die meeste respondente, naamlik sestig (88%) het hierdie ervaring in beide mediese en chirurgiese verpleegdisiplines aangedui. Daarna volg ervaring in die verloskundige verpleegpraktyk deur agt-en-veertig (71%) respondente en vier-en-dertig (50%) respondente wat ervaring in operasiesaal-verpleging het.

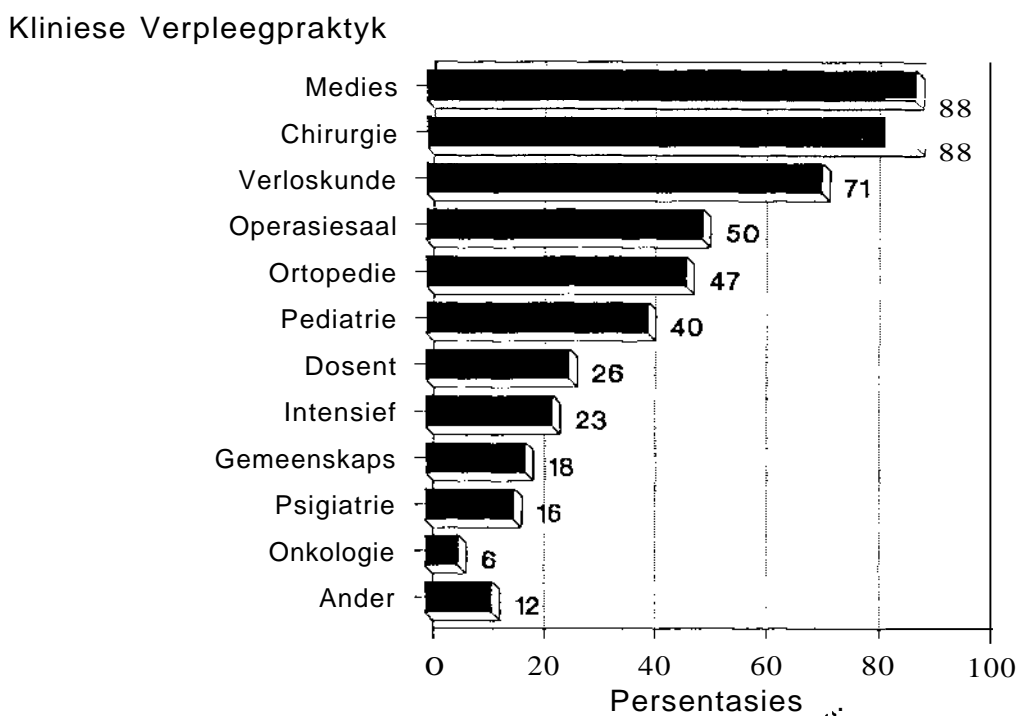
Ortopediese verpleegervaring is deur vier-en-dertig (47%) respondente aangedui waarna pediatrie met sewe-en-twintig (40%) respondente en intensiewe verpleging met sestion (23%) respondente volg. Gemeenskaps- en psigiatrisiese verpleging blyk die dissiplines te wees waarin minderkliniese ervaring voorkom, naamlik twaalf (18%) en elf (16%) respondente onderskeidelik. Daar was slegs vier (6%) respondente wat aangedui het dat hulle oor onkologiese verpleegervaring beskik. Dit wil voorkom asof hierdie 'n verpleegpraktyk is wat tans in dieprivaatsektor uitbrei aangesien 29% respondente aangedui het dat hierdie tipe verpleging in hul hospitale beoefen word (vergelyk figuur 4.13).

Ervaring as dosent in verpleging is deur agtien (26%) respondente aangedui (vergelyk figuur 4.15). "Ander" tipes ervaring is deur agt (12%) respondente aangetoon en sluit hoofsaaklik infeksiebeheer, ongevallen, stomaterapie en "staff health care" in.

Die hoepersentasie (50%) respondente wat ervaring in operasiesaalverpleging het, is opmerklik.

Dit wil dus voorkom asof die verpleegadministrateurs in privaathospitale oor die algemeen oor die nodige kliniese agtergrondkennis beskik, met die uitsondering van psigiatrisiese, gemeenskaps- en onkologiese verpleging, om die nodige gehalteversekering te kan toepas.

**Figuur 4.15**      **Verspreiding van kliniese ervaring (ten minste ses maande) voor aanstelling in bestuurspos (N=68)**



#### c) Duur van huidige pos

Die huidige bestuurspos word deur agt (12%) respondente vir minder as twee jaar bekleë terwyl die meeste, naamlik vyf-en-twintig (37%), respondente die pos reeds vir 'n tydperk van twee tot drie jaar bekleë. Die pos word vir drie tot vyf jaar deur elf (16%) respondente bekleë terwyl twaalf (18%) respondente die pos vir vyf tot tien jaar en meer onderskeidelik bekleë. Dit wil dus voorkom asof ongeveer 50% van die verpleegadministrateurs in privaat-hospitale hul huidige pos vir langer as drie jaar bekleë, wat relatiewe stabiliteit aandui (vergelyk figuur 4.16).

In Ontleding van die kruistabelgegevens toon dat beide die verpleegadministrateurs in die Oranje-Vrystaat hul huidige poste vir 'n relatief kort termyn, naamlik twee tot drie jaar bekleë, aangesien privaathospitale in hierdie provinsie eers onlangs toegelaat is om te registreer.

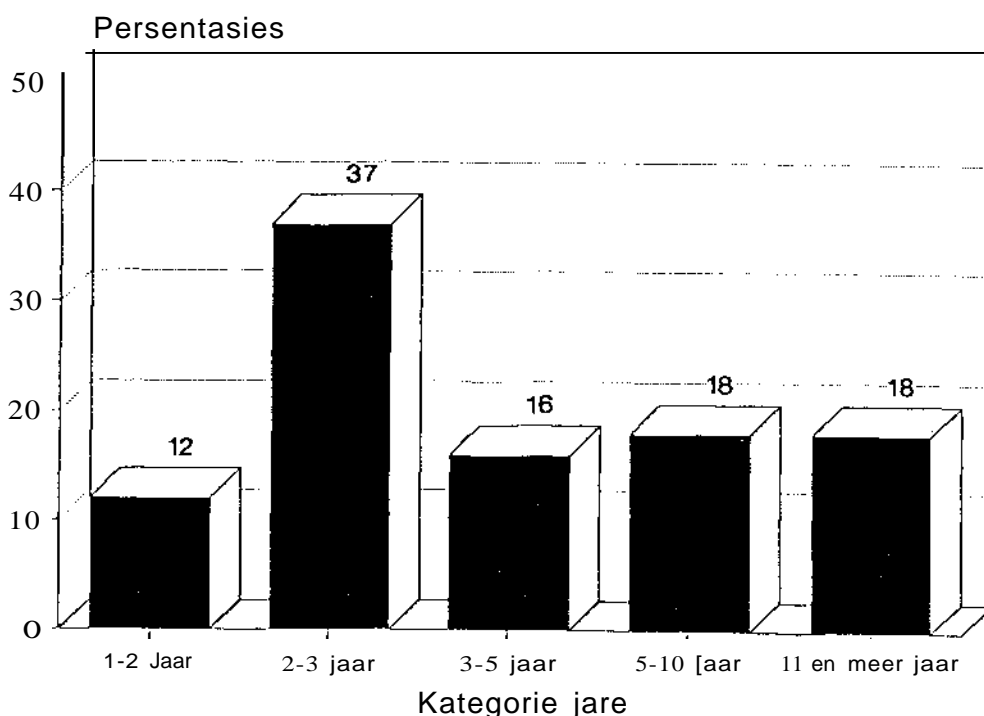
In Transvaal bekleë dertien uit die een-en-veertig (32%) respondente ook hul huidige bestuurspos in die privaatsektor vir 'n termyn van twee tot drie jaar. Hierdie resultaat is

ook in die Kaapprovinsie en Natal opmerklik waar sewe van die sewentien (41%) en drie van die agt (38%) respondente respektiewelik hul huidige poste vir hierdie tydperk beklee.

Robertson (1984: 256) bevind in haar studie dat 49% verpleegadministrateurs in stedelike provinsiale hospitale hul poste vir minder as vyf jaar beklee het. 'n Totaal van bykans 65% verpleegadministrateurs in privaathospitale beklee hul bestuursposte vir minder as vyf jaar. Die totale bestuurservaring is moeilik berekenbaar aangesien geen inligting oor vorige bestuurservaring, in die openbare sektor of elders, ingesamel is nie.

Selfs die kategorie vyf tot tien jaar (18%) vertoon swakker as Robertson (1984: 256) se bevinding dat 26% verpleegadministrateurs hul poste vir hierdie tydperk beklee het. Die resultate in die kategorie elf jaar en meer (18%) vergelyk egter gunstig met dié van die provinsiale administrateurs, naamlik 18,9%. Ses uit die een-en-veertig (17%) verpleegadministrateurs in Transvaalse privaathospitale, drie uit die agt (38%) in Natal en drie uit die sewentien (17%) in die Kaapprovinsie beklee hul huidige bestuursposte reeds elf jaar of meer.

**Figuur 4.16**      Verspreiding van tydperk van huidige posbekleding deur respondente (N=68)



d) Redes: bestuurspos in privaatsektor aanvaar

Figuur 4.17 beeld die redes waarom verpleegadministrateurs be-stuursposte in privaathospitale aanvaar het, uit. Belangstelling in bestuur was deur sewe-en-vyftig (84%) respondente as die vernaamste rede aangevoer. Beter salarispotensiaal, meer outonomie en "ander redes" is deur agt-en-twintig (41%) respondente as In belangrike rede aangegee. Die "ander" redes sluit hoofsaaklik die bevordering vanaf senior verpleegkundige na verpleegadministrateur in.

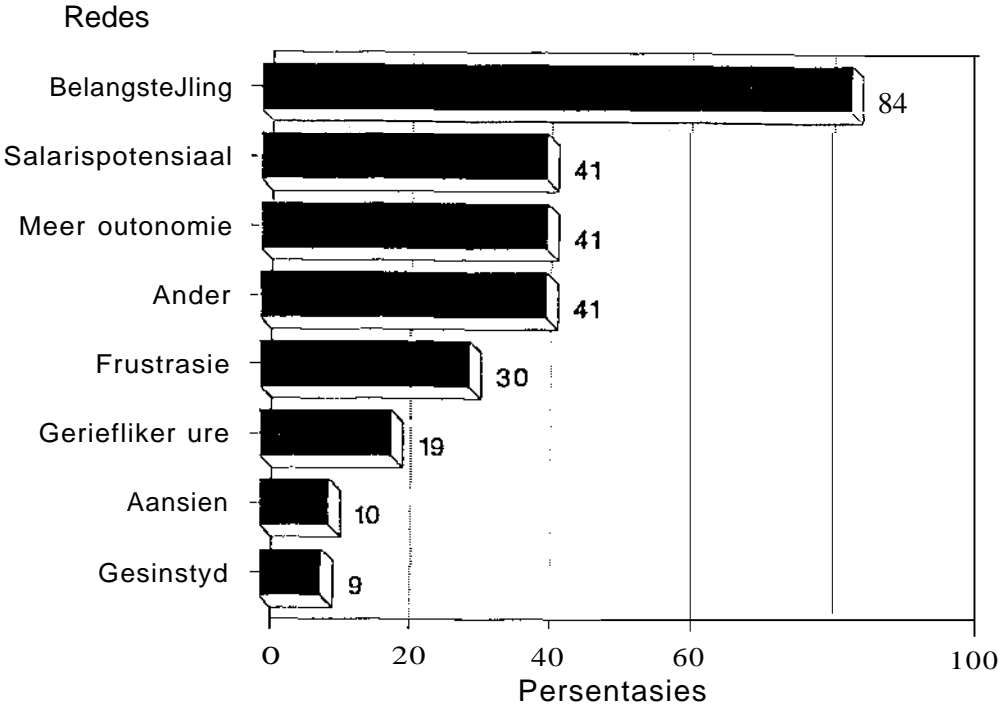
Frustrasie in vorige werk is deur twintig (30%) respondente aangedui terwyl hoër aansien en meer tyd om aan gesin te bestee deur slegs sewe (10%) en ses (9%) respondente onderskeidelik as In rede aangegee is.

Verskeie respondente het aangedui dat die verpleegadministrateur in privaathospitale meer direk deur die bestuur van die hospitaal by besluitneming betrek word. Die omvang van verantwoordelikhede en bestuur, afhangende van die grootte van die hospitale, is ook kleiner, wat meer ruimte vir inisiatief aan die verpleegadministrateur laat.

In Vergelyking met Robertson (1984: 257) se bevindinge toon interessante verskille. Belangstelling in bestuur word deur slegs 39,3% verpleegadministrateurs in stedelike provinsiale hospitale aangedui teenoor die 84% in privaathospitale. Geriefliker ure (kantoorure) is deur 19% van die verpleegadministrateurs in privaathospitale aangedui teenoor slegs 5,6% in stedelike provinsiale hospitale. Beter salaris of salarispotensiaal is deur 41% in die privaatsektor, teenoor slegs 9,4% in die openbare sektor as redes aangevoer. Hierdie verskil is ook opmerklik in die ervaar van meer outonomie wat deur 41% in die privaatsektor teenoor 11,3% in die openbare sektor as In rede aangedui is.

Bevordering blyk ook in die privaathospitale In belangrike rol te speel aangesien ses-en-twintig (38%) respondente dit as In rede gespesifiseer het teenoor 22,7% in die openbare sektor, soos deur Robertson (1984: 257) bevind.

**Figuur 4.17**      verspreiding van redes wat respondente se besluit beïnvloed het om 'n bestuurspos in die privaatsektor te aanvaar (N=68)



**e)      Werksbevrediging**

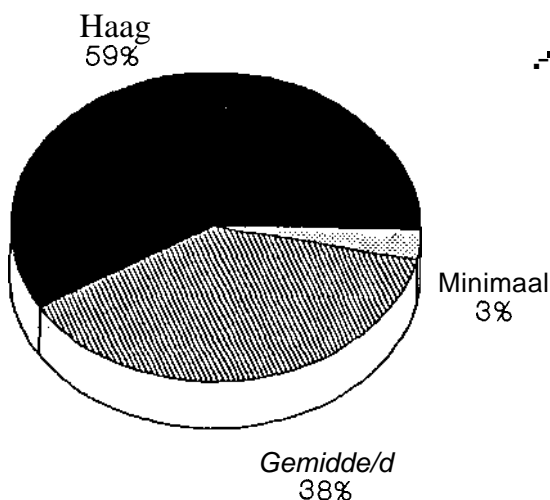
Minimale werksbevrediging in die huidige pos word deur slegs twee (3%) respondente (uit Transvaal), ten tye van die studie ervaar, terwyl ses-en-twintig (38%) respondente gemiddelde/redelike werksbevrediging ervaar het. In die laasgerioemde groep val negentien in Transvaal.

Die oorgrote meerderheid, naamlik veertig (59%) respondente het aangedui dat hulle in hoë graad van werksbevrediging ervaar (vergelyk figuur 4.18). Twaalf uit die Kaap-provinsie, ses uit Natal, twee uit die Oranje-Vrystaat en twintig uit Transvaal val in hierdie kategorie.

In Analise van hierdie gegewens toon dat 71% (N=17) van die verpleegadministrateurs uit die Kaapprovinsie, 75% (N=8) vanuit Natal, 100% (N=2) uit die Oranje-Vrystaat en slegs 49% (N=41) uit Transvaal, In hoë graad van werksbevrediging in hul huidige bestuursposte ervaar. Hierdieresultate kan moontlik verklaar word vanwee die feit dat slegs 56% van die verpleegadministrateurs in Transvaalse privaathospitale toereikend vir hul huidige bestuursposte voorberei voel, wat moontlik frustasie tot gevolg kan hê.

Aangesien geen nasionale studies oor die werksbevrediging van verpleegadministrateurs gevind kon word nie, is vergelykings in hierdie verband nie moontlik nie.

.Figuur 4.18      Verspreiding van graad van werksbevrediging deur respondente ervaar (N=68)



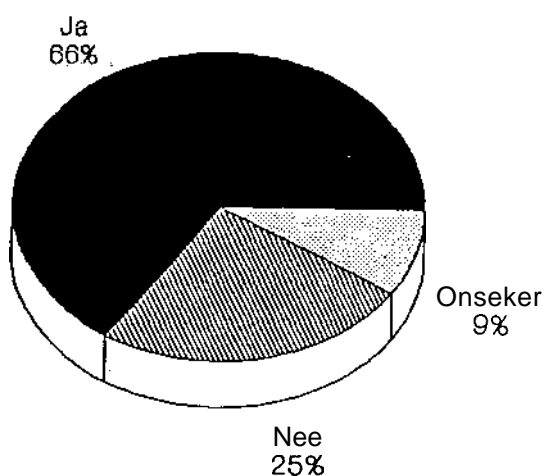
#### f) Voorbereidheid vir huidige pas

Die resultate toon in variasie van gevoel onder die respondente. vyf-en-veertig (66%) respondente voel dat hulle toereikend voorberei is om aan die eise van hul huidige pos/rol as 'n verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal te voldoen. Daar is egter sewentien (25%) respondente wat voel dat hulle nie toereikend voorberei is nie en ses (9%) het 'n mate van onsekerheid aangedui (vergelyk figuur 4.19).

'n Analise van die kruistabelgegewens toon dat dertien (77%) respondente in die Kaapprovinsie, sewe (88%) in Natal, twee (100%) in die Oranje-vrystaat en drie-en-twintig (56%) in Transvaal toereikend vir hul huidige pos voorberei voel. Al die respondente wat onseker gevoel het, te wete ses (9%), is uit Transvaal afkomstig.

Robertson (1984: 264) se studie het getoon dat 1,9% verpleegadministrateurs gevoel het dat hulle uitstekend voorberei was terwyl 73,6% gevoel het dat hulle toereikend voorberei was wat 'n totaal van 75,5% positiewe antwoorde was. 'n Totaal van 24,5% het gevoel dat hulle ontoereikend of swak voorberei was. Die negatiewe antwoorde stem dus ooreen met die bevindinge van hierdie studie (25%). Die verpleegadministrateurs in privaathospitale toon egter 'n mate van onsekerheid, te wete 9%. Hierdie resultate kan moontlik toegeskryf word aan die relatiewe isolasie wat die verpleegadministrateurs in die privaatsektor ervaar, weens 'n gebrek aan portuurgroepevaluering.

Figuur 4.19. Verspreiding van gevoel van voorbereidheid vir huidige pos (N=68)





#### **g) Opvoedkundige behoeftes**

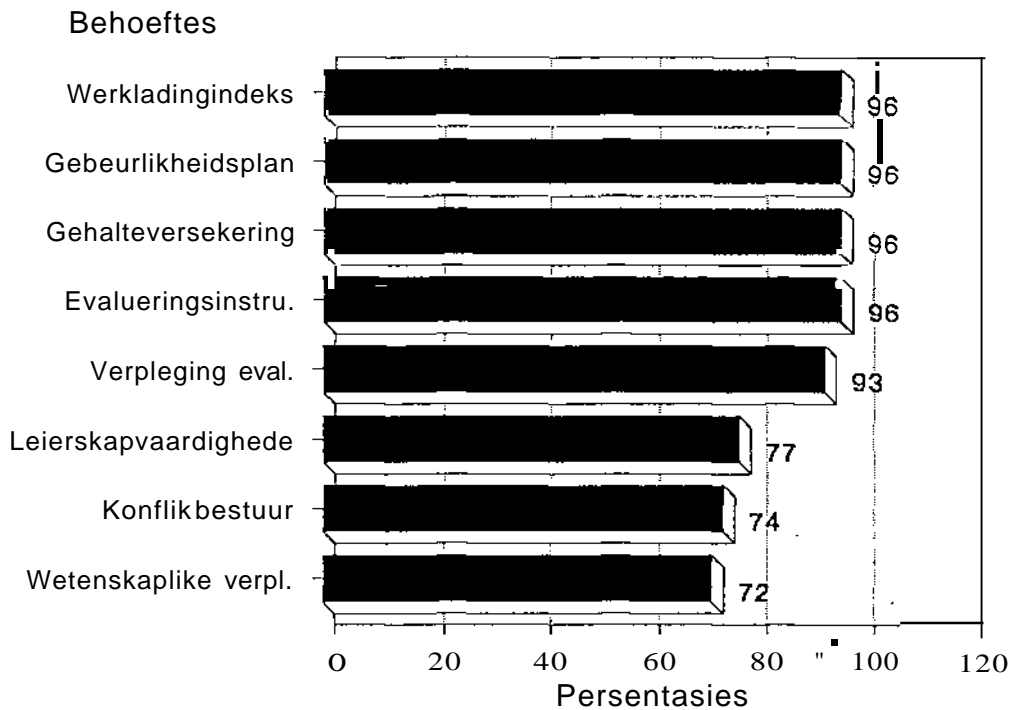
Figure 4.20 tot 4.22 bied die resultate van hierdie item aan, gerangskik vanaf die hoogste na die laagste frekwensie, uitgedruk in persentasies. Die resultate is in drie groepe geklassifiseer, te wete die opleidingsbehoefte wat deur meer as 70%, vanaf 50-69% en onder 50% aangedui is.

Die prioriteit persoonlike opvoedkundige behoeftes wat deur die respondenteaangedui is, blyk die bepaling van verpleegkundige werkladingindeks, die samestelling van In gebeurlikheidsplan vir personeelkrisisse, die ontwerp van gehalte-versekeringsprogramme en die ontwerp van evalueringsinstrumente te wees, wat elk deur vyf-en-sestig (96%) respondente aangedui is.

Die evaluering van gehalteverpleging blyk ook In groot personeelontwikkelingsbehoefte vir drie-en-sestig (93%) respondente te wees, gevolg deur die ontwikkeling van leierskapvaardighede wat vir twee-en-vyftig (77%) respondente In behoefte is.

Konflikbestuur is deur vyftig (74%) respondente as In behoefte aangedui en wetenskaplike verpleging, met betrekking tot die metodes en dokumentering, is vir nege-en-veertig (72%) respondente In groot behoefte (vergelyk figuur 4.20).

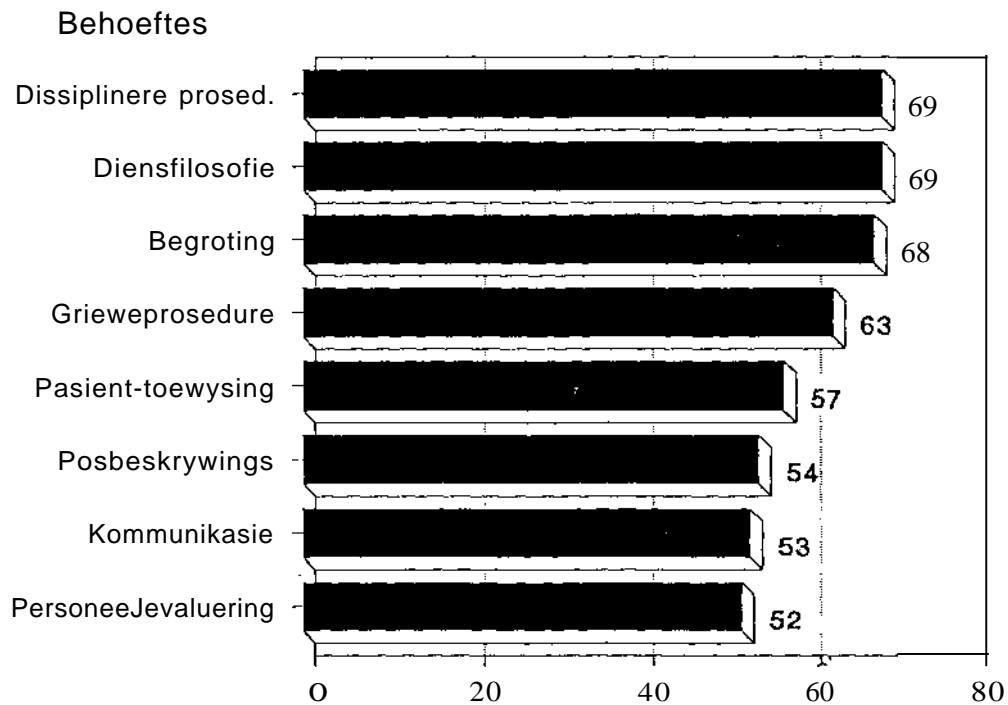
**Figuur 4.20**      **Verspreiding van opvoedkundige behoeftes deur meer as 70% respondente aangedui (N=68)**



Dissiplinere prosedures, asook die formulering van In verpleegdiensfilosofie, is beide deur sewe-en-veertig (69%) respondente as behoeftes aangedui. Begroting en finansiele bestuursvaardighede is deur ses-en-veertig (68%) respondente as In behoefte aangetoon terwyl drie-en-veertig (63%) respondente personeelontwikkeling in die hantering van grieweprosedures benodig.

Die meerderheid respondente, tussen 50-57%, dui aan dat hulle tekortkominge in pasient-toewysingsmetodes, die skryf en opstel van posomskrywings, kommunikasieprosedures en personeelevaluering ervaar (vergelyk figuur 4.21).

Figuur 4.21      verspreiding van opvoedkundige behoeftes deur  
50-69%      respondente aangedui      (N=68)



'n Verdere 40-49%      respondente ervaar leemtes in die opstel van beleidshandleidings, die ontwerp van personeelontwikkelingsprogramme, die skryf van doelstellings, keuring van personeel, rampbeplanning, die hou van personeelrekords en -statistieke, asook beplannings- en organiseringsvaardighede.

Die ander personeelbestuursvaardighede, soos werwing, die aanstelling van personeel, beroepsgesondheidsprogramme, toekenning en skedulering van personeel, is deur ten minste 30% van die respondente as behoeftes aangedui.

"Ander" behoeftes, wat deur sewe (10%) respondente aangeteken is, sluit hoofsaaklik produktiwiteit studies, rekenaarinligtingstelsels en personeelmotiveringsmetodes in.

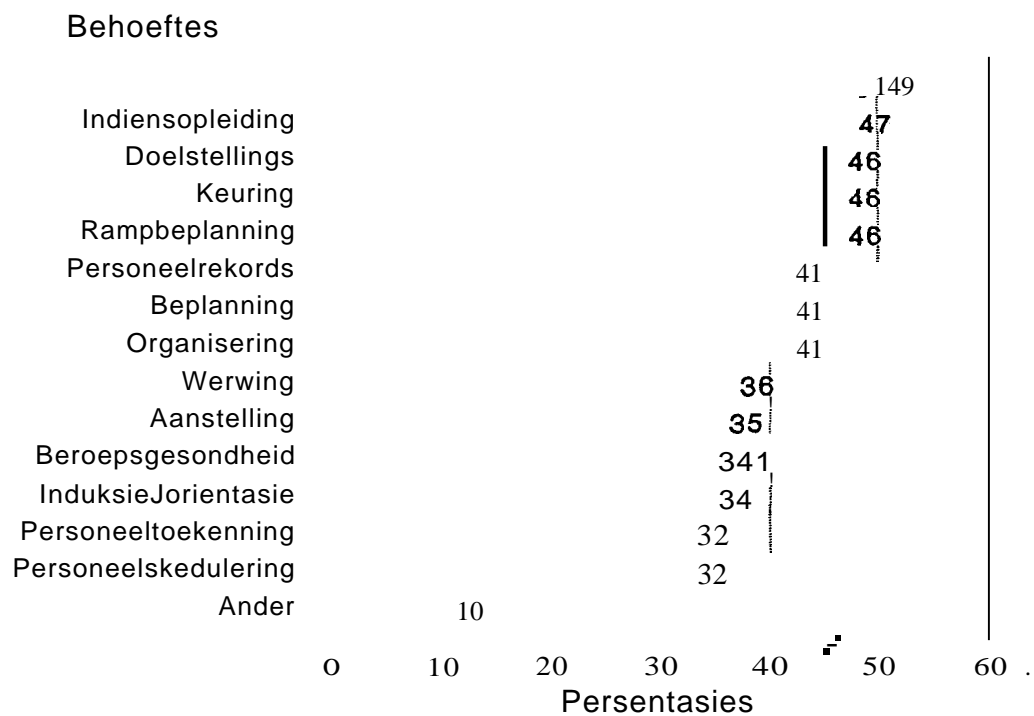
Een respondent het aangedui dat sygraag die struktuur en werkwyses van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging sou wou ken en een respondent het "aspects of cross cultural nursing" as In behoefte uitgelig. In Ander respondent in Transvaal het aangedui dat die hantering van "agency staff" In groot: probleem is (vergelyk figuur 4.22).

Wanneer die resultate van item B2, wat oor professionele kwalifikasies handel, asook dié van item D6 (gevoel oor toereikendheid van voorbereiding vir die pos) ontleed word, is dit interessant om op die variasie van hierdie response te let. Slegs 66% respondente het aangedui dat hulle toereikend vir hul poste voorberei is (vergelyk figuur 4.19) en slegs 29% respondente het In kwalifikasie in Verpleegadministrasie (vergelyk figuur 4.7). Gesien in die lig van hierdie resultate is dit verrassend dat so min respondente aangedui het dat hulle opvoedkundige behoeftes in die algemene bestuursvaardighede, soos beplanning, organisering: begroting, en so meer, benodig. Hierdie resultate kan verklaar word uit die aanmerkings van In groot hoeveelheid respondente dat die nodige opleiding in die gesondheidsdiens (hospitaalgroep) aangebied word.

Dit is opmerklik dat gehaltebeheeraktiwiteite as In prioriteitbehoefte aangedui is (vergelyk figuur 4.20) wat die klemverskuiwing in die verpleegadministrateur se rol, soos in die literatuur verklaar, bevestig. Dit wil voorkom of die verpleegadministrateurs in privaathospitale Robertson (1984: 414) se waarskuwing ter harte neem: "If the nurse administrator is not successful in developing herself she will not be successful in developing her staff."

Hierdie resultate toon In teenstrydigheid met die resultate wat in figuur 4.19 uitgebeeld word, naamlik dat vyf-en-veertig (66%) respondente van mening is dat hulle toereikend vir hul huidige bestuursposte voorberei is. Hierdie resultate bevestig egter die verpleegadministrateur in privaathospitale se tekortkominge betreffende In formele kwalifikasie in Verpleegadministrasie, waaroor slegs 29% beskik (vergelyk figuur 4.7), asook die relatief groot getal onervare bestuurders (vergelyk figuur 4.16).

**Figuur 4.22      Verspreiding van opvoedkundige behoeftes deur  
minder as 50% resPOndente aangedui    (N=68)**



#### 4.9 SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is In profiel van die verpleegadministrateurs in privaathospitale bespreek. Die navorsingsmetodologie en -tegnologie is beskryf en die navorsingsresultate is ontleed. Toepaslike vergelykings met ander navorsing is gemaak.

'n Analise van gegewens in hierdie hoofstuk bepaal dat die verpleegadministrateur in Suid-Afrikaanse privaathospitale 'n blanke, vroulike bestuurder is waarvan net meer as die helfte ten tye van die studie getroud was. Sy is In relatief jong persoon met 'o gemiddelde ouderdom van twee-en-veertig jaar.

Alhoewel die meeste respondente (66%) aangedui het dat hul toereikend vir hul p05vereistes voorberei voel, beskik slegs 29% oor die professionele verpleegadministrasiekwalifikasie wat dui op 'n ontoereikende professionele" voorbereiding vir hul bestuurstaak. Die personeelontwikkelingsbehoefte wat deur dierespondente aangedui is bevestig ook hierdie afleiding. Sy is egter toereikend in die kliniese spesialiteitsareas voorberei om die nodige gehaltebeheer en -versekering in die verskeie kliniese dissiplines te kan uitoefen.

Die volgende hoofstuk word gewy aan 'n bespreking van die navorsing betreffende die formulering van verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale.

## **HOOFSTUK V**

---

### **VERPLEEGDIENSSTANDAARDE VIR PRIVAATHOSPITALE**

---

#### **5.1 HOOFSTUKPERSPEKTIEF**

Die navorsingsmetodologie en -tegnologie vir die formulering van verpleegdiensstandaarde, asook die resultate van die ondersoek, word in hierdie hoofstuk bespreek. Die bevindinge word ontleed en statistiese verrekeninge word weer-gegee.

#### **5.2 INLEIDING**

Die formulering van standaarde is die eerste stap in die gehalteversekeringsproses. Standaarde het drie vlakke van daarstelling, te wete maksimum-, optimum- en minimumstandaarde (World Health Organization, 1982: 2). Standaarde rig die praktykvoering van die praktisyn en moet binne die konteks van 'n land se kultuur, filosofiese en etiese waardes, asook sy sosiale, ekonomiese en politieke ontwikkeling, opgestel word. Die Wereldgesondheidsorganisasie is van mening dat die formulering van standaarde die spesifieke verantwoordelikheid van elke gesondheidsprofessie is (World Health Organization, 1982: 6). Daarom is die formulering van verpleegdiensstandaarde ook die verantwoordelikheid van die verplegingsberoep.

#### **5.3 DOELSTELLING**

Die doel van hierdie afdeling van die studie is om verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale in Suid-Afrika te formuleer.

## 5.4 POPULASIE EN STEEKPROEFNEMING

### 5.4.1 Teikenpopulasie

Die teikenpopulasie bestaan uit die volgende:

- \* Alle verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaathospitale.
- \* Verpleegadministrateurs in openbaresektorhospitale wat, op grond van hul vakkundigheid en bestuurservaring, geselekteer kan word om as kontrolegroep die graad van intersubjektiwiteit deur die verpleegadministrateurs in privaathospitale te kontroleer.
- \* Vakkundiges wat verpleegadministrasie op universiteitsvlak onderrig.
- \* Verpleegadministrateurs wat die gehaltebeheerowerheid, naamlik die Departement van Gesondheidsdienste en Wel-syn, Administrasie: Volksraad (Subdirektoraat Verpleeg-dienste) verteenwoordig. ..'

Die verpleegadministrateurs in privaathospitale, wat die standarde moet implementeer, is outomaties in die teikenpopulasie ingesluit. Mason (1978: 341) is van mening dat deelname aan die formulering en bekragtiging van standarde die implementering daarvan vergemaklik. Die verpleegadministrateurs in privaathospitale behoort ook die nodige realiteitsperspektief te verskaf.

Aangesien slegs 29% van alle verpleegadministrateurs in privaathospitale oor die professionele kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik (vergelyk figuur 4.7), is verpleegadministrateurs vanuit die openbare sektor as kontrolegroep (domestikundiges) ingesluit. Snyckers (1986: 22) beveel ook gesamentlike beraadslaging deur beide die openbare en privaatsektore, tydens die formulering en bekragtiging van nasionale standarde, aan. Aangesien die privaathospitale in Suid-Afrika tans in maksimum grootte van ongeveer 350 beddens het, is verpleegadministrateurs vanuit die openbare sektor, wat die groter hospitale verteenwoordig, ook ingesluit ten einde die realistiese toepassingswaarde van standarde in hierdie grootte hospitale te bepaal.



Kundigheidberus voorts ook op beide akademiese en ervaringsvereistes in die area van standaardformulering en-bekräftiging (Mason, 1978: 5; World Health organization, 1984: 3). Die insluiting van vakkundiges (akademici) in die teikenpopulasie, behoort die nodige insette te verskaf betreffende die kritiese analisering van die inhoudsgeldigheid van die standarde (vergelyk 3.9.1.5).

#### **5.4.2 Steekproefneming**

Oordeelkundige en gerieflikheidsteekproefneming vanuit die teikenpopulasie is in beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases vir die validering van die standarde gebruik. Tydens die ontwikkelingsfase is die steekproefneming tot verpleegadministrateurs in privaathospitale, asook verteenwoordigers van die Departement van Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad (Subdirektoraat Verpleegdienste) beperk. Die steekproef vir die kwantifiseringsfase van die valideringsproses is vanuit die -total.e teikenpopulasie geneem.

##### **a) ontwikkelingsfase**

Die besluit oor die hoeveelheid kundiges wat vir die validering van die standarde gebruik moet word berus volgens Lynn (1986: 383) by die navorser self: "Determining the number of experts needed has always been somewhat arbitrary in content validity determination. The number of experts often depends on how many accessible and agreeable persons the instrument -developer or user can identify, not on a population estimation principle."

In Minimum van vyf domeinkundiges tydens die ontwikkelingsfase word egter deur Lynn (1986: 383) aanbeveel ten einde In toereikende vlak van kontrole oor lukrake eenstemmigheid ("chance agreement") uit te oefen, Alhoewel daar volgens Lynn (1986: 383) geen riglyne vir die maksimum getal kundiges bestaan nie stel sy In maksimum van tien kundiges vir die plaaslike validering van In instrument voor.

Verpleegadministrateurs is op grond van die volgende kriteria geselekteer en telefonies genader om aan die validering (ontwikkelingsfase) van verpleegdiensstandarde deel. te neem:

- \* Verpleegadministrateurs (privaathospitale) wat op 30 Maart 1989 'n portuurgroepbeoordelingsbespreking in Johannesburg kon bywoon. Geografiese seleksie is tot Transvaalse privaathospitale beperk en 'n maksimum van vyftien steekproefpersone is genooi om in 32% verteenwoordiging vanuit die Transvaalse teikenpopulasie (privaathospitale) te vorm (vergelyk tabel 4.1).
  
- Lynn (1986: 383) beveel 'n minimum van drie domeinkundiges vir validering in die ontwikkelingstadium aan en waarsku teen meer as tien kundiges wat gelyktydig aan 'n bespreking deelneem. Meeras tien domeinkundiges is uitgenooi om vir in uitvalsyfer voorsiening te maak.
  
- \* Verpleegadministrateurs (privaathospitale) wat op 13 April 1989 'n soortgelyke bespreking in Kaapstad kon bywoon. Geografiese seleksie is tot Wes-Kaapse privaathospitale beperk en 'n maksimum van twaalf steekproefpersone is genooi om 'n 43% verteenwoordiging van die teikenpopulasie vanuit die Kaapprovinsie (privaathospitale) te vorm (vergelyk tabel 4.1);
  
- \* streeks- en/of nasionale verpleegadministrateurs vir privaathospitale is outomaties in die steekproef ingesluit.
  
- \* In beide die voorafgaande besprekings is streeksverteenvoordigers van die Departement van Nasionale Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad (Subdirektoraat Verpleegdienste) ook uitgenooi.
  
- \* Domeinkundigheid is gebaseer op die steekproefpersone se praktykervaring in die bestuur van 'n verpleegdiens.

## **b) Kwantifiseringsfase**

Aangesien daar geen riglyne vir die nasionale validering van standaarde (kwantifiseringsfase) beskikbaar was nie, het die navorser op aanbeveling van die statistiese konsultant besluit om 'n minimum van veertig steekproefpersone te betrek. 'n Minimum van veertig tot vyftig steekproefpersone is nodig ten einde betroubare statistiese korrelasies te bereken. 'n Steekproef van vyf-en-vyftig is getrek om die nodige voorsiening vir 'n uitvalsyfer te maak.

Die realisasiepersentasie kan as norm vir toekomstige nasionale validering (kwantifiseringsfase) gebruik word.

In Seleksie van addisionele kundiges vanuit die openbare sektor, asook domeinakademici, is ter wille van bykomende vakkundigheid en eksterne kontrole oor die graad van inter-subjektiwiteit deur verpleegadministrateurs in privaathospitale, ingesluit. Oordeelkundige (en gerieflikheids-) steekproefneming is soos volg vir hierdie valideringsfase -ui tgevoer:

- \* Alle steekproefpersone wat aan die validerings-besprekings tydens die ontwikkelingstadium deelgeneem het (Transvaal en Kaapstad) en hul bereidwilligheid vir deelname aan die kwantifiseringstadium aangedui het, is outomaties in hierdie steekproef ingesluit wat In totaal van vyftien uitmaak. Die herbenutting van kundiges vir die kwantifiseringsfase word deur Lynn (1986: 385) aanbeveel, mits daar In tydperk van ten minste tien tot veertien dae tussen die twee stadia verloop. In hierdie studie was daar In tydperk van minstens ses weke tussen die twee stadia....
- \* In Verdere tien steekproefpersone is vanuit die teikenpopulasie (privaathospitale) in al vier die provinsies doelgerig geselekteer.
- \* Agt akademici vanuit die Verpleegkunde-departemente aan universiteitewat Verpleegbestuur/-administrasie as vakwetenskap doseer, is ook as domeinkundiges geselekteer en in die steekproef ingesluit.
- \* Die direktoraat (Subdirektoraat Verpleegdienste) in die provinsies (of afgevaardigde) wat verantwoordelik is vir gehaltebeheer van verpleegdienste (in die openbare sektor) in elke provinsie van wie toestemming ontvang-fs, is ingesluit.
- \* Vier steekproefpersone vanuit die Departement Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad, wat verantwoordelik is vir verpleegkundige gehaltebeheer in privaathospitale, is doelgerig geselekteer om in die steekproef in te sluit.

- \* 'n Verdere vyftien verpleegadministrateurs van akademiese en ander openbaresektorhospitale is in die steekproef ingesluit (afhanklik van provinsiale toestemming) .

'n Totaal van vyf-en-vyftig stelle standaarde is vir nasionale validering (kwantifiseringsfase) aan die geselekteerde steekproefpersone versend. Die beskrywing en verspreiding van die steekproefpersone word in tabel 5.1 weergegee.

**Tabel 5.1**            **Beskrywing en verspreiding van steekproefpersone: validering van standaarde (kwantifiseringsfase)    (N=55)**

oms krywing van steekproefpersone	N
Deelnemers: ontwikkelingstadium	15
Bykomende verpleegadministrateurs: privaathospitale	10
Akademici	8
Openbare sektor: Subdirektoraat Verpleegdienste	3
verpleegadministrateurs (hospitale)	15
Administrasie Volksraad: verteenwoordigers	4
Totaal	55

## 5.5 NAVORSINGSONTWERP EN -TEGNOLOGIE

### 5.5.1 Benadering en metode

In die formulering van verpleegdiensstandaarde is 'n beskrywende benadering gevolg waardeur die domeinveranderlikes verken, geïdentifiseer, beskryf en gevalideer is.

### 5.5.2 Navorsingstegniek

Die formulering van generiese verpleegdiensstandaarde bestaan uit twee fases, te wete die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases. Geformuleerde standaarde moet egter as geldig aanvaar word.

Die bepaling van geldigheid verwys volgens Lynn (1986: 382) na die bepaling van die standarde se inhoudsverteenvoording asook die toepaslikheid van die elemente (standarde of kriteria). Lynn (1986) se tweefase valideringsmodel is vir hierdie studie geselekteer en word vervolgens as navorsingstegniek bespreek.

#### a) Ontwikkelingfase

Die eerste stap in die formulering van standarde, naamlik die ontwikkelingsfase, is om van 'n omvattende literatuurstudie oor die bestaande praktyk (samestelling van 'n konseptuele model) te onderneem, waartydens die domeinveranderlikes geïdentifiseer en beskryf word (Mason, 1978: 5). Die navorser het van 'n wye reeks bronne, hoofsaaklik Amerikaanse en Europese literatuur, gebruik gemaak (vergeelyk hoofstukke twee en drie).

Toepaslike items (konstrukveranderlikes) is vervolgens gegenereer. Die samewerking van 'n domeinkundige, naamlik 'n nasionale verpleegadministrateur vir 'n groep privaat-hospitale in Suid-Afrika, is ook verkry. Kogotiewe analisering van die teoretiese konsepte en die logiese sistematisering van hierdie konsepte (konstrukte) is uitgevoer en in die vorm van konsepstandarde in albei landstale opgestel en vir portuurgroepbeoordeling voorberei.

Die konsepstandarde is soos volg in tien hoofgroepe verdeel:

1. Georganiseerde verpleegdiens
2. Filosofie
3. Doelstellings en doelwitte
4. Beleid
5. Bepaling van werkladingindeks
6. Verpleegpersoneel
  - 6.1 personeelvoorsiening
    - werwing
    - Keuring
    - Aanstelling en plasing
  - 6.2 Personeelbenutting
    - Toewysing
    - Posbeskrywing
    - Pasient-toewysingsmetodes
    - personeelskedulering

- 6.3 personeelbehoud
  - Grieweprosedure
  - Dissiplinere prosedure
  - Kommunikasieprosedure
  - Beroepsgesondheids-en veiligheidsprogramme
- 6.4 personeelontwikkeling
  - Induksie en oriëntering
  - Personeelontwikkelingsprogramme
  - Voortgesette onderwys
  - personeelevaluering
- 6.5 personeelrekords en -statistieke
- 6.6 personeelidentifikasie
- 6.7 Agentskapooreenkomste
- 7. Wetenskaplike metode van verpleging
- 8. Rampplan
- 9. Gehalteversekeringsprogramme
- 10. Formele verpleegonderwys

Domeinkundiges vanuit die teikenpopulasie (vergelyk 5.4.1) in Transvaal en Kaapstad is telefonies genader om aan In portuurgroepbespreking (werkswinkel) gedurende Maart en April 1989 onderskeidelik deel te neem. Die doel van die bespreking is telefonies deur die navorser aan die geselekteerde steekproefpersone verduidelik. Indien die steekproefpersoon op die betrokke datum beskikbaar was en ingestem het om aan die bespreking deel te neem, is die konsepstandaarde aan haar/hom versend.

Agtergrondinligting oor die aard van die navorsing, asook instruksies ter voorbereiding van die standaard vir die bespreking, is skriftelik saam met die konsepstandaarde aan elke steekproefpersoon versend. In Telefoonnommer is aan die steekproefpersone beskikbaar gestel indien hulle enige vrae oor die voorbereiding van die standaard sou hê (vergelyk bylaes drie en vier).

Die doel van die portuurgroepbespreking was om die standaard te verfyn, verder te ontwikkel of uit te brei ten einde die inhoudsgeldigheid van die standaard te versterk. Gedurende die portuurgroepbespreking is van die deelnemers die volgende verwag:

- \* Om die standaarde te beoordeel en te bepaal of die standaarde en vereiste kenmerke (kriteria):
  - (a) irrelevant, gladnie toepaslik vir die bestuur van 'n verpleegdiens in 'n privaathospitaal is nie;
  - (b) onduidelik is en die toepassing daarvan bevraagteken word;
  - (c) toepaslik is maar herformulering benodig;
  - (d) volledig, duidelik, goed-geformuleer en toepaslik/realisties is om as 'n minimumstandaard in enige privaathospitaal te gebruik, waarvolgens 'n hoë gehalte van verpleging verseker/verbeter kan word.
- \* Om aanbevelings vir veranderinge, byvoegings of weglatings in die standaarde te maak.

Die doel en metodiek van die portuurgroepbespreking is ten tye van die bespreking weer eens aan die deelnemers verduidelik. 'n Kort debat is oor elke standaard gevoer en die groep se algemene konsensus is verkry. Debatvoering het in beide besprekings (Transvaal en Kaapstad) ongeveer drie ure geneem.

'n Gestruktureerde vraelys is na afloop van die werkswinkel aan steekproefpersone uitgedeel om professionele inligting te versamel waarvolgens hul domeinkundigheid bevestig kon word (vergelyk bylaes vyf en ses).

## **b) Kwantifiseringsfase**

Lynn (1986: 383) propageer vervolgens 'n kwantifiseringsfase waartydens die statistiese geldigheid van die standaarde verreken word.

Nadat die portuurgroepbeoordelings in Johannesburg en Kaapstad afgehandel is, is die nodige wysigings volgens die aanbevelings aangebring en die standaarde is vir die kwantifiseringsfase voorberei.

Kwantifisering (statistiese verrekening van die geldigheid) van die standaard vereis die gebruik van 'n intervalskaal. Lynn (1986: 384) propaëer 'n vierpunt-verspreidingskontinuum: "• the 4-point scale is preferable because it does not include the ambivalent middle rating common in odd number rating scales. Using a 4-point rating scale should provide the instrument developer with sufficiently delineated information upon which to calculate a meaningful index of content validity."

'n Vierpunt-ordinale Likertgraderingskaal (vir die bepaling van 'n inhoudsgeldigheidsindeks vir elke standaard/kriterium) is soos volg vir elke standaard aangebring (vergelyk bylaes sewe en agt):

- 1 irrelevant, glad nie toepaslik
- 2 onduidelik/toepassing bevraagteken
- 3 toepaslik maar benodig herformulering
- 4 volledig, duidelik, goed-geformuleer en hoogs toepaslik.

Hierdie standaard is aan vyf-en-vyftig steekproefpersone (vergelyk 5.4.2 en tabel 5.1) vir validering (kwantifiseringsfase) versend. Agtergrondinligting oor die aard van die navorsingstudie, asook instruksies vir die gradering (validering) van die standaard, is ingesluit (vergelyk bylaes sewe en agt). Telefoniese kommunikasie met die steekproefpersone het, waar moontlik, vooraf plaasgevind.

### 5.5.3 Geldigheid van die standaard

Die geldigheid van standaard is volgens Mason (1978: 335) gebaseer op waarheid en feite: "Validity means being founded on truth or fact." Die inhoudsgeldigheid van standaard is volgens hierdie outeur afhanklik van bevestiging deur toepaslike geskrewe bronne en domeinkundiges. Die toepaslike verhouding tussen struktuur-, proses- en produkskaarde word, tydens die empiriese evaluering van gehalteverpleging, bevestig by wyse van hipotesetoetsing wat derhalwe die konstrukgeldigheid beoordeel (Mason, 1978: 335-336).



Sanazaro (1986: 28) beklemtoon die belangrikheid van inhoudsgeldigheid van standaarde en kriteria: "Standards and criteria are valid when derived from published sources which document that there is a scientific or empirically established relationship to the efficacy and effectiveness of health care."

Die inhoudsgeldigheid is deur die literatuur (vergelyk hoofstukke twee en drie) asook deur domeinkundiges (vergelyk 5.4.2 en 5.5.2) bevestig. Statistiese inhoudsgeldigheid van die standaarde isgedurende die kwantifiseringsfase (vergelyk 5.5:2) by wyse van 'n inhoudsgeldigheidsindeks verreken, "The most widely used quantification of content validity is the index of content validity (eVI), which is derived from the rating of the content relevance of the items on an instrument using a 4-point ordinal rating scale, where 1 connotes an irrelevant item and 4 an extremely relevant item" (Lynn, 1986: 384).

'n Item (standaard) wat 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,0 of 4,0 behaal, word as geldig aanvaar (Lynn, 1986: 335).

Inhoudsgeldigheid is volgens Lynn (1986: 383-385) afhanklik van die graad van konsensus wat deur die valideerders bereik word. Hierdie vlak van konsensus kan ook deur middel van die berekening van standaardafwykings bevestig word. Indien 'n klein groep kundiges gebruik word, word 'n totale konsensus tussen die kundiges verlang. proporsionele verskille kan, volgens die grootte van die groep, vervolgens as aanvaarbaar beskou word.

Die bevestiging van konstruk geldigheid (of die implementering van hierdie standaarde werklik die gehalte van verpleging, met inbegrip van verpleegdiensbestuur verhoog), is weens die omvangdaarvan nie in hierdie studie uitgevoer nie.

Die statistiese verrekening van die standaarde se inhoudsgeldigheid, soos deur die onderskeie groepe volgens indiensnemingsektor gegradeer, word by die resultate bespreek (vergelyk 5.7).

#### 5.5.4 Betroubaarheid

Die betroubaarheid van resultate, in hierdie geval die verpleegdiensstandaarde en gepaardgaande valideringsresultate, word volgens Lynn (1986: 384) deur twee faktore beïnvloed, te wete lukrake eenstemmigheid ("chance inflation/agreement") wat die inhoudsgeldigheidsindeks beïnvloed en die afhanklikheid van hierdie indeksberekening op die getal kundiges wat die standaarde valideer.

Woordkeuses en die domeinkundiges se vertroudheid met en begrip van die terminologie wat in die standaarde gebruik word, kan ook die betroubaarheid van die valideringsresultate beïnvloed (Mason, 1978: 328-331).

Betroubaarheid van die valideringsresultate is soos volg deur die navorser gekontroleer:

- \* In Gestruktureerde tweefase prosedure (ontwikkelings- en kwantifiseringsfases) vir die validering van die standaarde is gebruik.
- \* Gestruktureerde en duidelike instruksies is skriftelik en/of mondelings deur die navorser aan die steekproefpersone in albei die valideringstadia van die standaarde gegee.
- \* Die standaarde is in albei landstale beskikbaar gestel.
- \* Tydens die debattering van die standaarde gedurende die ontwikkelingsfase (vergelyk 5.5.2) is gepoog om in ewekansige geleentheid aan elke steekproefpersoon te gee waarvolgens opinies gelug en aanbevelings gemaak kon word. Geen steekproefpersoon (deelnemer) het in dominante invloed op die groep uitgeoefen nie. Lukrake eenstemmigheid is sodoende tot die minimum beperk.
- \* In Relatief groot groep kundiges, waarvan 73% (N=40) nie tydens die portuurgroepbesprekings (ontwikkelingsfase) teenwoordig was nie (vergelyk 5.4.2; 5.5.2 en tabel 5.1) is "geselekteer om die standaarde nasionaal te valideer. Positiewe beïnvloeding deur die navorser is sodoende tot die minimum beperk.

- \* 'n Woordelys is as 'n bylae aan die standaard geheg ten einde begrippe/terminologie wat in die standaard gebruik word te verduidelik en te beskryf (vergelyk bylaes sewe en agt).
- \* Relatiewe anonimiteit is gedurende albei die valideringsstadia deur die navorser verseker om objektiewe, eerlike debatvoering en/of gradering van standaard te bevorder (vergelyk dekbriewe in bylaes drie, vier, sewe en agt).

Die betroubaarheid van die valideringsresultate (kwantifiseringsfase) word bevestig deur die hoë Chi-kwadraat korrelasiekoëffisiënte wat tussen die onderskeie groepe verkry is (vergelyk 5.8).

#### 5.5.5 Data-ontledingsplan

Die data betreffende die steekproefpersone sal in die vorm van 'n frekwensie-ontleding eripersentasies weergegee word.

Die finale verpleegdiensstandaarde sal in die vorm van 'n inhoudsgeldigheidsindeks-waardebepaling, deur middel van 'n vierpunt-ordinale skaal, uitgevoer word en 'n standaardafwyking sal per item bepaal word. Die inhoudsgeldigheidsindeks van elke standaard sal volgens die ordinale gegewens verwerk en weergegee word.

Die veranderlikes wat moontlik 'n invloed op die valideringsresultate kon gehad het, sal by wyse van Chi-kwadraattoetsing bepaal word.

Persentasies is, waar van toepassing, tot die naaste heelgetal benader.

#### 5.6 ETIESE OORWEGINGS

Telefoniese toestemming is vanaf die Adjunk-direkteur: subdirektoraat verpleegdienste (Departement van Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad) verkry om verteenwoordigers van hierdie departement by beide die valideringsfases van die standaard te betrek. Deelname deur verteenwoordigers was egter vrywillig.

Steekproefpersone vanuit die privaatsektor is persoonlik en/of telefonies deur die navorser versoek om aan die navorsing deel te neem. Deelname deur steekproefpersone was vrywillig en elke steekproefpersoon was verantwoordelik vir die verkryging van persoonlike toestemming, indien nodig, by haar/sy bestuur.

Skriftelike toestemming is by die vier provinsiale administrasies, tak Hospitaal- en Gesondheidsdienste, aangevra om steekproefpersone vanuit die openbare sektor by die finale validering van die verpleegdiensstandaarde te betrek. Toestemming is van drie provinsies verkry (vergelyk bylaes nege, tien, elf en twaalf).

Geen steekproefpersoon is onder dwang geplaas om aan die validering van die standaarde in beide fases, deel te neem nie. Anonimiteit is aan al die steekproefpersone, gedurende beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases van die standaarde, verseker.

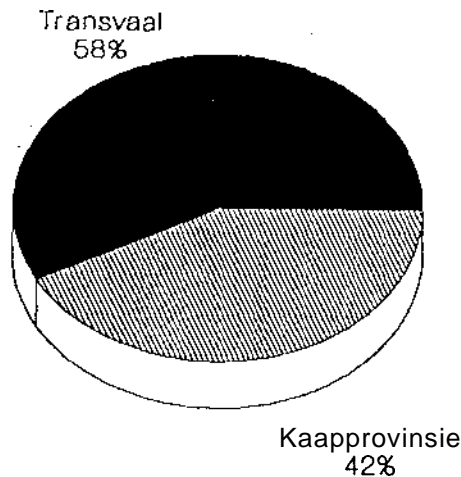
## 5.7 RESULTATE

### 5.7.1 Steekproefbeskrywing: ontwikkelingsfase

#### a) Provinsiale verspreiding van steekproefpersone (domeinkundiges)

Van die sewe-en-twintig steekproefpersone wat na die groepbesprekings uitgenooi was (vergelyk 5.4.2) het In totaal van vier-en-twintig die besprekings bygewoon, wat In realisasiesyfer van bykans 89% verteenwoordig. Veertien (58%) steekproefpersone het aan die besprekings in Transvaal en tien (42%) aan die besprekings in Kaapstad deelgeneem (vergelyk figuur 5.1).

Figuur 5.1      Provinsiale verspreiding van steekproefpersone: ontwikkelingsfase (N=24)



b) Pos beklee deur steekproefpersone

Die privaathospitale is deur twee-en-twintig (92%) verpleegadministrateurs (matrones) verteenwoordig terwyl die Departement van Gesondheidsdienste en Welsyn, Administrasie: Volksraad, deur twee (8%) steekproefpersone in die groep-besprekings verteenwoordig is.

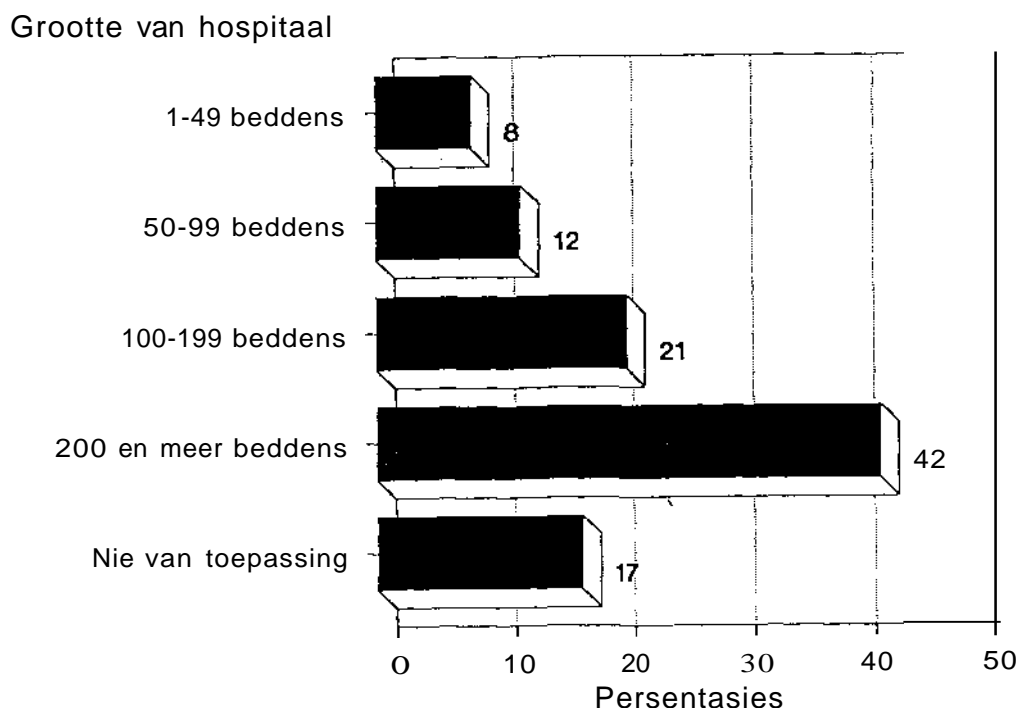
Die verpleegdiensstandaarde is dus in die ontwikkelingsfase deur 'n proporsionele getal domeinkundiges (privaathospitale) bespreek. Van die vier-en-tagtig privaathospitale (vergelyk tabel 4.i) "het twee-en-twintig hospitale se verpleegadministrateurs aan die besprekings deelgeneem, wat 26% verteenwoordig. Lynn (1986: 383) beveel 'n minimum van vyf kundiges vir die plaaslike validering van 'n instrument aan. Daar kan dus aanvaar word dat 'n getal van twee-en-twintig kundiges aanvaarbaar is vir die validering van nasionale standaarde gedurende die ontwikkelingsfase.

### c} Grootte van hospitaal

Die meeste steekproefpersone naamlik tien (42%), was ten tye van die groepbesprekings werksaam in hospitale wat oor 200 en meer beddens beskik. Die hospitale wat oor 1-49 beddens beskik was deur twee (8%) steekproefpersone verteenwoordig. en die hoospitaalgrootte 50-99 beddens was deur drie (12%) steekproefpersone verteenwoordig. In die kategorie 100-199 beddens het vyf (21%) steekproefpersone aan die groepbesprekings deelgeneem (vergelyk figuur 5.2).

Gedurende die groepbesprekings was daar dus geleentheid vir steekproefpersone van alle grootte privaathospitale in Suid-Afrika (vergelyk tabel 4.1) om die realistiese toepassingswaarde (geldigheid) van elke verpleegdiensstandaard te oorweeg en te debatteer.

Figuur 5.2      verspreiding van steekproefpersone volgens grootte van hospitale: ontwikkelingsfase (N=24)



#### **d) Professionele kwalifikasies**

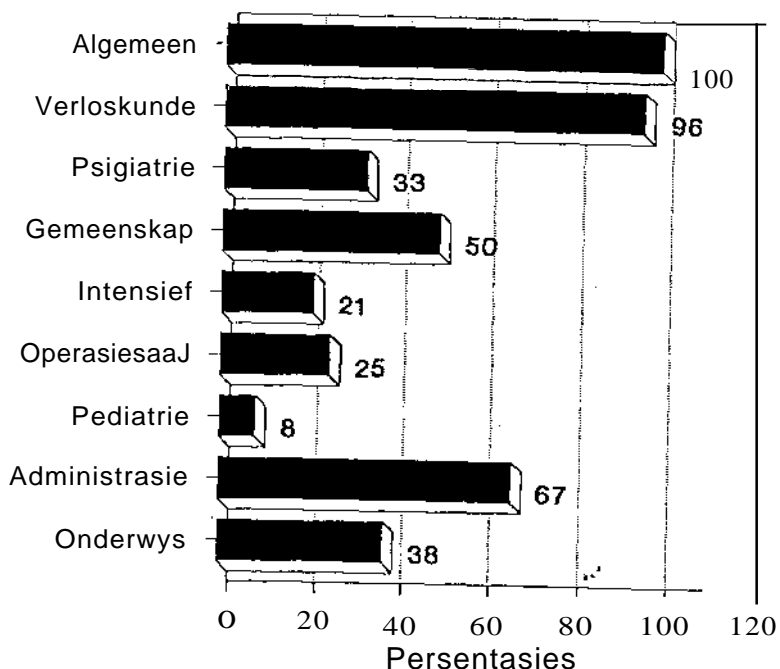
Al die steekproefpersone het aangedui dat hulle oor die kwalifikasie Algemene Verpleegkunde beskik en drie-en-twintig (96%) oor Verloskunde. Dit is opmerklik dat die helfte van die steekproefpersone, te wete twaalf (50%), oor Gemeenskapsverpleegkunde beskik en agt (33%) Psigiatriese Verpleegkunde as addisionele kwalifikasie het. Hierdie syfers is hoër as die nasionale profiel van die verpleegmag in die Republiek van suid-Afrika waar 10,7% Psigiatriese Verpleegkunde en 9,89% Gemeenskapsverpleegkunde as basiese kwalifikasies het (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1988a: 34-36; 58).

In die kliniese spesialiteitsrigtings beskik vyf (21%) steekproefpersone oor Intensiewe Verpleegkunde, ses (25%) oor Operasiesaalverpleegkunde en twee (8%) oor Pediatriese Verpleegkunde. Geen steekproefpersoon wat gedurende die ontwikkelingsfase aan die groepbesprekings deelgeneem het, beskik oor gespesialiseerde ortopediese opleiding nie. Die addisionele kwalifikasies Verpleegadministrasie en Verpleegonderwys is deur sestien (67%) en nege (38%) steekproefpersone onderskeidelik aangedui (vergelyk figuur 5.3).

Met die uitsondering van ortopediese verpleging, is hierdie syfers proporsioneel ook aansienlik hoër as die nasionale profiel van die verpleegmag in Suid-Afrika. Die kundigheid van die steekproefpersone, gegrond op formele professionele kwalifikasies, word dus deur hierdie resultate bevestig.

Figuur 5.3      verspreiding van steekproefpersone se profes-  
sionele kwalifikasies:    ontwikkelingsfase  
(N=24)

#### Professionele kwalifikasies



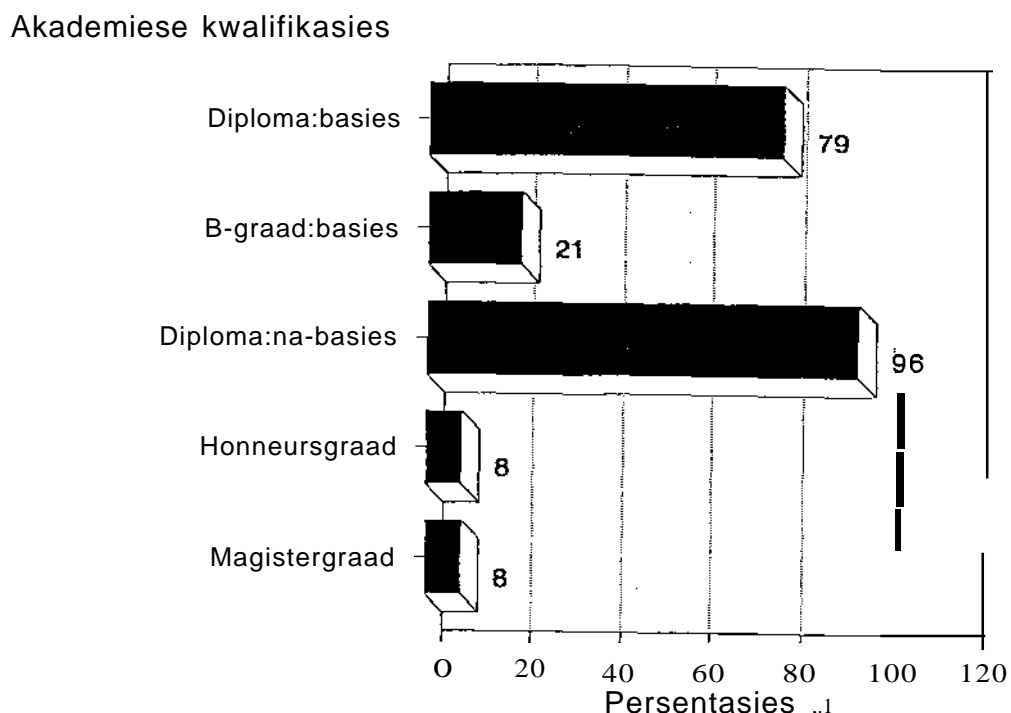
#### e)      Akademiese kwalifikasies

In Totaal van negentien (79%) steekproefpersone het 'n diploma as basiese opleidingsprogram gevolg teenoor vyf (21%) steekproefpersone wat In baccalaureusgraad as basiese opleidingsprogram gevolg het. Vier (17%) steekproefpersone het, ten tye van die besprekings, oor In na-basiese baccalaureusgraad beskik en twee (8%) het ook oor 'n honneurs- en/of In magistergraad beskik (vergelyk figuur 5.4) •

'n Analise van hierdie gegewens bevestig die domeinkundigheid van die steekproefpersone. 'n Totaal van nege (37%) steekproefpersone beskik oor 'n graad wat In hoër persentasie as die huidige nasionale profiel is.



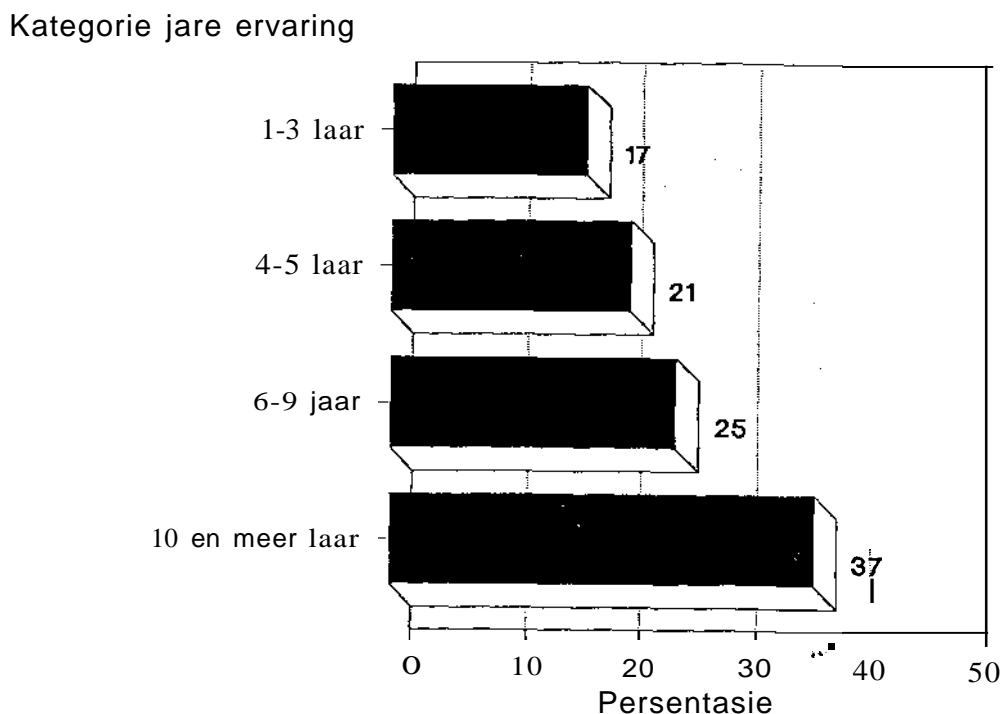
Figuur 5.4      Verspreiding van steekproefpersone se akademiese kwalifikasies: ontwikkelingsfase (N=24)



f) Jare ervaring as verpleegadministrateur

Die steekproefpersone wat aan die groepbesprekings in die ontwikkelingsfase deelgeneem het blyk relatief ervare te wees. Die meeste steekproefpersone, te wete nege (37%), het tien of meer jaar bestuurservaring en ses (25%) het ses tot nege jaar ervaring. Slegs vyf (21%) en vier (17%) steekproefpersone het, ten tye van die groepbesprekings, oor vier tot vyf en een tot drie jaar bestuurservaring respektiewelik beskik. Hierdie gegewens word in figuur 5.5 weer-gegee.

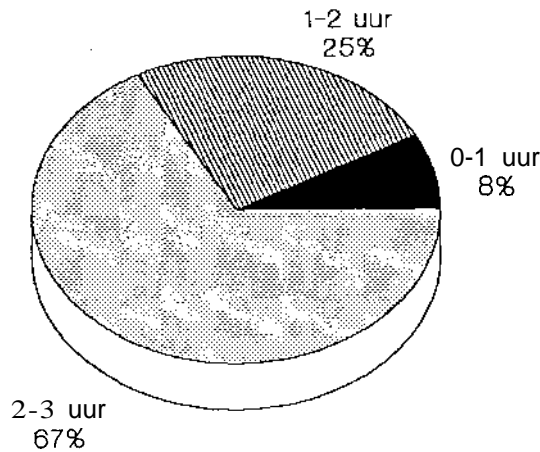
**Figuur 5.5**      **Verspreiding van steekproefpersone se jare ervaring"as verpleegadministrateur: ontwikkelingsfase (N=24)**



#### g) Voorbereidingstyd

Die meeste steekproefpersone, naamlik sestion (67%) het twee tot drie uur aan die voorbereiding van die standarde spandeer. Ses (25%) steekproefpersone het egter aangedui dat hulle een tot twee uur voorberei het teenoor slegs twee (8%) — wat een uur" of minder tyd daaraan bestee het (verge- lyk figuur 5.6).

Figuur 5.6      Verspreiding van voorbereidingstyd deur  
steekproefpersone: ontwikkelingsfase  
(N=24)



#### 5.7.2 Resultate: ontwikkelingsfase

Na intensiewe debattering van die konsepstandaarde tydens die twee portuurgroepbesprekings in Transvaal en Kaapstad (vergelyk 5.5.2), is enkele aanbevelings deur die steekproefpersone gemaak. Die volgende wysigings is aan die konsepstandaarde aangebring:

enkele taalkundige/terminologiese veranderinge;  
agentskapooreenkomste is as In standaard geskrap en in In verkorte formaat by die standaard oor beleid ingevoeg (vergelyk bylae sewe, standaard 4.3h).  
die standaard oor formele verpleegonderwys is in geheel geskrap omdat die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging die nodige beheer oor verpleegonderwys uitoefen.

Die standaarde is vervolgens vir die kwantifiseringsfase voorberei en versend.

#### 5.7.3 Steekproefbeskrywing: kwantifiseringsfase

##### a) Realisasie

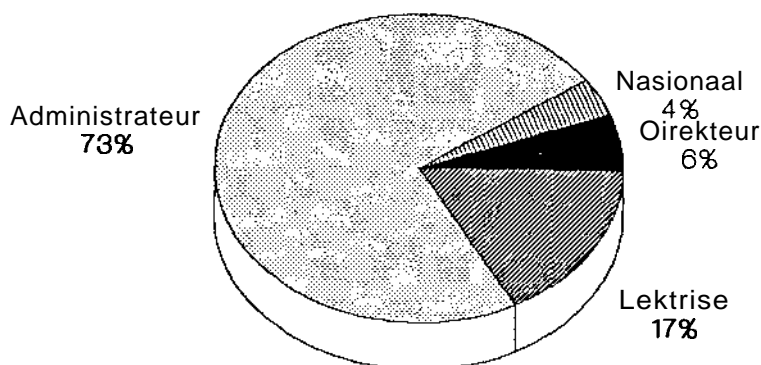
In Totaal van agt-en-veertlg gevalideerde standaarde (N=55) is terug ontvang wat In realisasiesyfer van 87% verteenwoordig.

Drie respondente bet, nadat die keerdatum verstryk het, verskoning aangebied omdat hulle op verlof was. Hierdie syfer verteenwoordig dus 'n besondere hoë realisasie.

#### b) Pos

Die standaard is deur drie (6%) direkteure of adjunkdirekteure (verpleegboofde openbare sektor), twee (4%) nasionale of streeksverpleegadministrateurs' (privaatsektor), vyf-en-dertig (73%) verpleegadministrateurs en agt (17%) lektrises wat verplegingsbestuur/-administrasie aan 'n universiteit doseer, gevalideer (vergelyk figuur 5.7). Die verpleegadministrateurs is deur sewentien respondente vanuit die openbare sektor en agtien respondente vanuit die privaatsektor verteenwoordig. Dit kan dus aanvaar word dat hierdie standaard deur 'n proporsioneel verteenwoordigende steekproef gevalideer is (N=48).

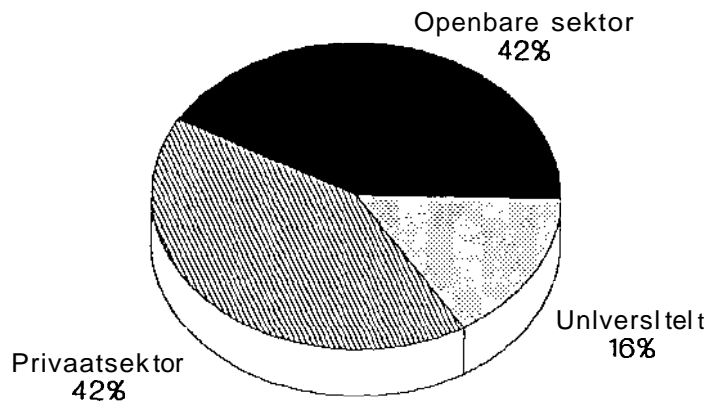
Figuur 5.7      Verspreiding van respondente volgens pas bekleed: kwantifiseringsfase (N=48)



#### c) Indiensnemingsektor

Beide die openbare en privaatsektor is deur twintig (42%) respondente verteenwoordig terwyl die universiteite deur agt (16%) respondente (N=48) verteenwoordig is (vergelyk figuur 5.8). Aangesien slegs 29% van die verpleegadministrateurs in privaathospitale oor die professionele kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik (vergelyk figuur 4.7), was daar dus voldoende eksterne kontrole oor die validering van die standaard.

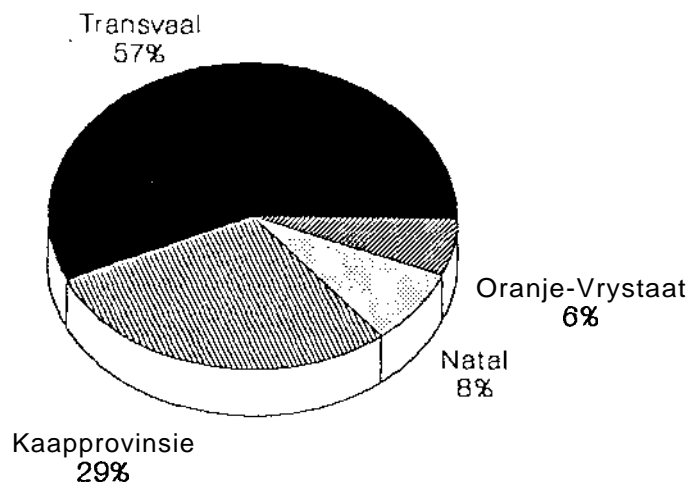
**Figuur 5.8**      **Verspreiding van indiensnemingsektor deur  
respondente verteenwoordig: kwantifiserings-  
fase (N=48)**



**d) Provinsie van indiensneming**

Die meeste respondente, naamlik sewe-en-twintig (57%) was in Transvaal werkzaam terwyl veertien (29%) die Kaap-provinsie verteenwoordig het. Natal is deur vier (8%) respondente en die Oranje-Vrystaat deur drie (6%) respon-dente verteenwoordig. Hierdie gegewens word in figuur 5.9 gereflekteer.

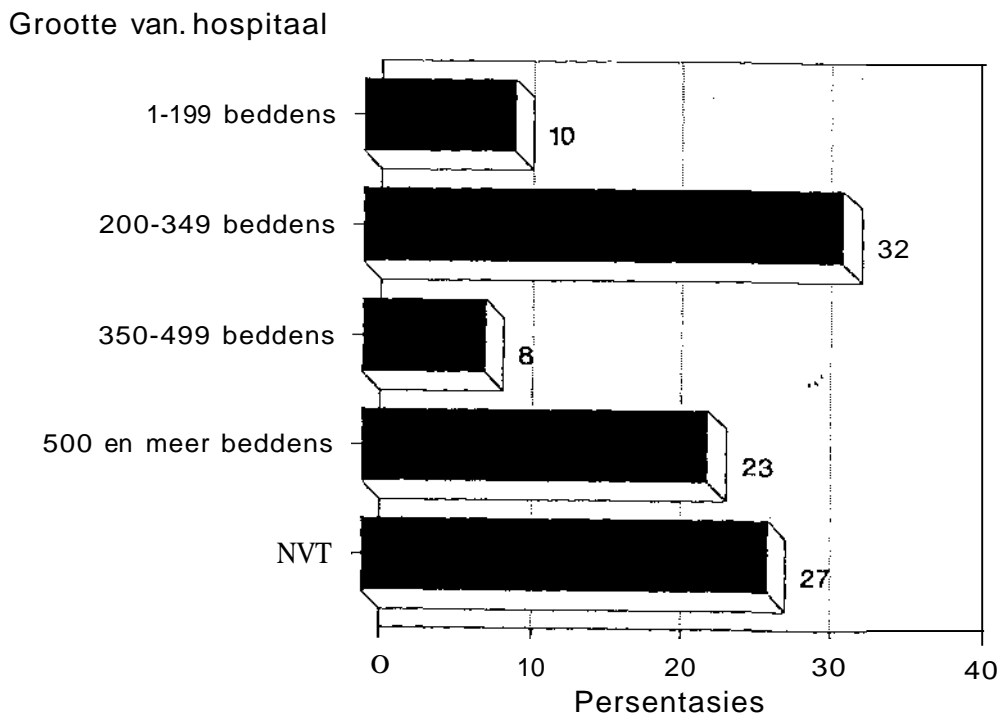
**Figuur 5.9**      **Verspreiding van respondente volgens provin-  
sie van indiensneming: kwantifiseringsfase  
(N=48)**





die kategorie 350-499 beddens afkomstig was. Die oorblywende dertien (27%) respondente, naamlik die nasionale en streek-verpleegadministrateurs, asook lektreses verbonde aan universiteite, is nie ag geneem nie (vergelyk figuur 5.10). Al die groottes hospitale was dus verteenwoordig.

Figuur 5.10      Verspreiding van respondente volgens grootte van hospitaal: kwantifiseringsfase (N=48)



Die hospitaalgrootte 1-199 beddens is deur een respondent vanuit die openbare sektor en vier respondente vanuit die privaatsektor verteenwoordig (vergelyk tabel 5.3). Die privaatsektor is voorts hoofsaaklik deur verpleegadministrateurs vanuit die hospitaalgrootte 200-349 beddens verteenwoordig, te wete dertien respondente. Die openbare sektor daarteenoor is hoofsaaklik deur verpleegadministrateurs vanuit die hospitaalgrootte 500 en meer beddens verteenwoordig, naamlik elf respondente.

Tabel 5.3      Verspreiding van respondente volgens hospitaal-  
grootte en indiensnemingsektor: kwantifi-  
seringsfase    (N=48)

Hospitaalgrootte	Openbare	Privaat	Universiteit	Totaal
1-199 beddens	1	4	0	5
200-349 beddens	2	13	0	15
350-499 beddens	3	1	0	4
500 en meer	11	0	0	11
Nie van toepassing	3	2	8	13
Totaal	20	20	8	48

#### f)      Professionele kwalifikasies

Al die respondente (N=48) beskik oor Algemene Verpleeg-Kunde as'n professionele kwalifikasie gevolg deur Verlos-Kunde wat deur vier-en-veertig (92%) respondente aangetoon is (vergelyk figuur 5.11). Dit is opmerklik dat agt respondente wat dieprivaatsektor verteenwoordig het, nie oor hierdie kwalifikasie beskik nie (vergelyk tabel 5.4).

Die ander twee basiese kwalifikasies, te wete 'Psigiatriese en Gemeenskapsverpleegkunde, is deur twintig (42%) en dertig (63%) respondente respektiewelik as' kwalifikasies geregistreer (vergelyk figuur 5.11). Die respondente wat die openbare.sektor verteenwoordig het, het in beide hierdie kwalifikasies meer registrasies, naamlik elf (Psigiatriese) en sestion (Gemeenskapsverpleegkunde) respondente teenoor die privaatsektor waar vyf en agt respondente onderskeidelik in hierdie dissiplines geregistreer is (vergelyk tabel 5.4).

Die kwalifikasie Verpleegadministrasie word deur twee-en-veertig (88%) respondente besit. Al die respondente wat die openbare sektor verteenwoordig het, het oor hierdie kwalifikasie beskik teenoor veertien respondente (N=20) uit die privaatsektor. Verpleegonderwys word deur twee-en-dertig (67%) respondente besit, naamlik openbare sektor sestion, privaatsektor en die universiteite elk agt respondente.

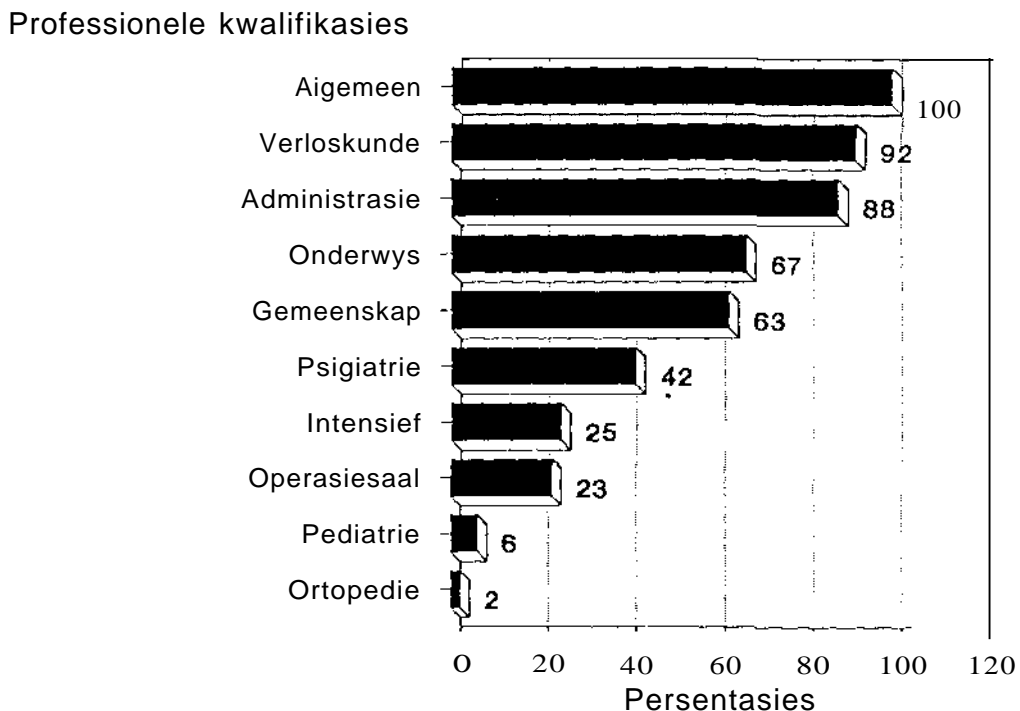


Intensiewe Verpleegkunde is deur twaalf (25%) en Operasie-saalverpleegkunde deur elf (23%) respondente geregistreer. ortopediese en Pediatriese Verpleegkunde is deur een (2%) en drie (6%) respondente respektiewelik geregistreer. Dit is opmerklik dat die privaatsektorverteenvoorders telkens 'n hoër persentasie kwalifikasies in hierdie onderskeie verpleegdissiplines het (vergelyk tabel 5.4).

Ander kwalifikasies, wat In diploma in saaladministrasie en kliniese onderrig, In diploma in Gevorderde Verloakuride en Neonatologie, asook In magister in besigheidsbestuur insluit, is deur drie (6%) respondente as addisionele professionele kwalifikasies aangedui (vergelyk figuur 5.11) •

Die domeinkundigheid van die respondente, volgens hul professionele kwalifikasies, word dus deur hierdie resultate bevestig.

Figuur 5.11 verspreiding van respondente se "professionele kwalifikasies: kwantifiseringsfase (N=48)



**Tabel 5.4      Verspreiding van respondente se professionele kwalifikasies volgens indiensnemingsektor: kwantifiseringsfase      (N=48)**

Kwalifikasie	O/S (N=20)	p/S (N=20)	Univ (N=8)	Totaal (N=48)
Algemene Verpleegkunde	20	20	8	48
Verloskunde	20	16	8	44
psigiatriese Verpleegkunde	11	5	4	20
Gemeenskapsverpleegkunde	16	8	6	30
Intensiewe Verpleegkunde	3	8	1	12
Operasiesaalverpleegkunde	4	7	0	11
ortopediese Verpleegkunde	0	1	0	1
Pediatriese Verpleegkunde	0	3	0	3
Verpleegadministrasie	20	14	8	42
Verpleegonderwys	16	8	8	32

o/S = Openbare sektor

p/S = Privaatsektor

Univ = Universiteitsektor

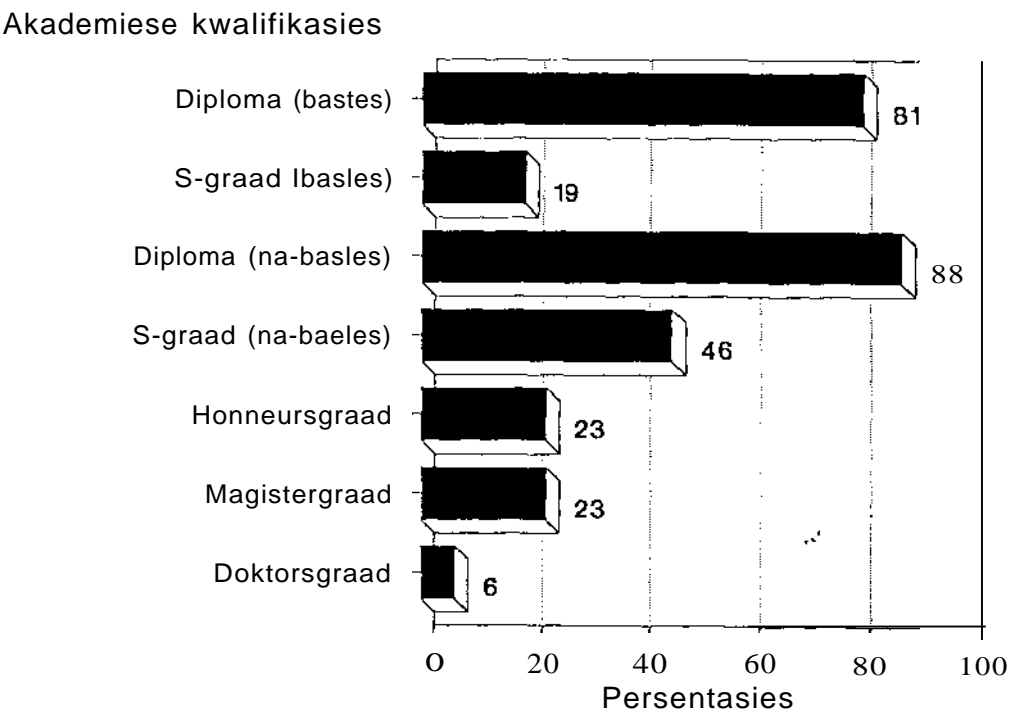
#### **g)      Akademiese kwalifikasie**

In Basiese diploma is deur nege-en-dertig (81%) respondente deurloop teenoor nege (19%) respondente wat hul basiese opleiding by wyse van In baccalaureusgraad behaal het (vergelyk figuur 5.12). Dit is opmerklik dat vier respondente, wat die privaatsektor verteenwoordig het, 'n basiese baccalaureusgraad deurloop het (vergelyk tabel 5.5).

Na-basiese diplomas is deur twee-en-veertig (88%) respondente behaal en twee-en-twintig (46%) respondente beskik oor In na-basiese baccalaureusgraad waarvan twaalf respondente die openbare sektor en drie respondente die privaatsektor verteenwoordig het. In Honneurs- en magistergraad is beide deur elf (23%) respondente behaal waarvan drie respondente die privaatsektor verteenwoordig het. Drie (6%) respondente, almal vanuit die universiteitsektor, beskik oor In doktorsgraad. Geen vermelding van enige ander kwalifikasies is gemaak nie. Hierdie gegewens word in figuur 5.12 en tabel 5.5 weergegee.

Domeinkundigheid is dus weer eens deur hierdie resultate bevestig.

Figuur. 5.12      Verspreiding van respondente se akademiese kwalifikasies: kwantifiseringsfase (N=48)



Tabel 5.5      verspreiding van respondente se akademiese kwalifikasies volgens indiensnemingsektor: kwantifiseringsfase (N=48)

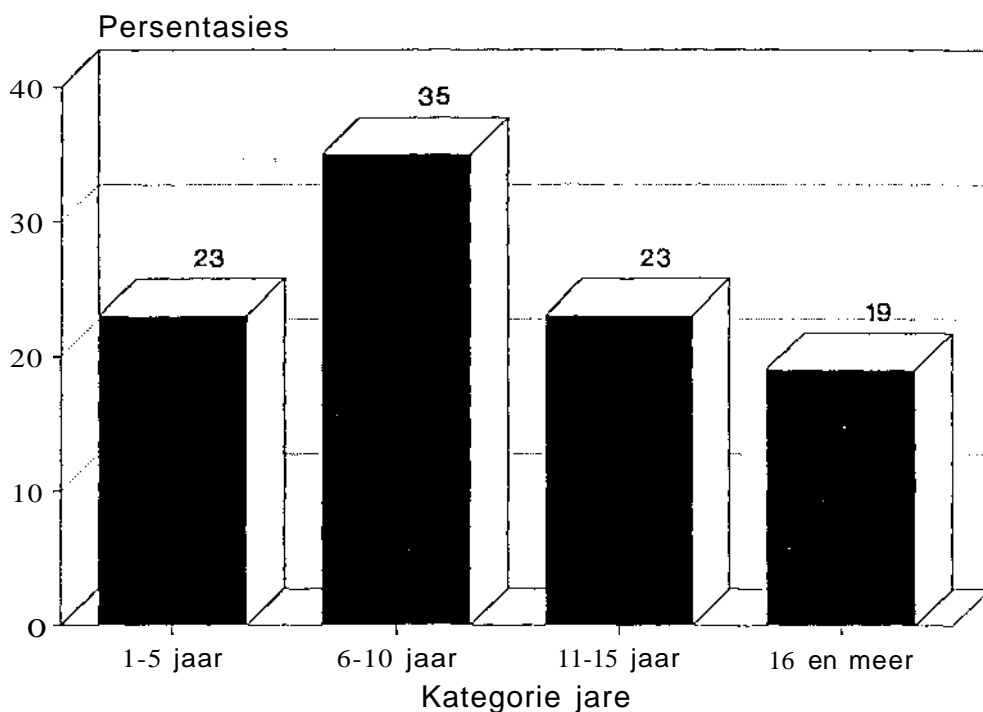
Kwalifikasie	Openbare (N=20)	Privaat (N=20)	Univer- siteit (N=8)	Totaal (N=48)
Diploma (basies)	18	14	7	39
B-graad (basies)	19	17	6	42
Diploma (na-basies)	4	4	1	9
B-graad (na-basies)	12	3	7	22
Honneursgraad	3	2	6	11
Magistergraad	2	1	8	11
Doktorsgraad	0	0	3	3

#### h) Jare ervaring as verpleegadministrateur

Die meesterespondente, te wete sewentien (35%), beskik oor ses tot tien jaar verpleegdiensbestuurservaring. Elf (23%) respondente beskik oor minder ervaring, naamlik een tot vyf jaar en elf (23%) respondente oor elf tot vyftien jaar ervaring. 'n Redelike groot getal respondente, naamlik nege (19%), beskik egter oor sestien jaar of meer ervaring in die verpleegbestuursveld (vergelyk figuur 5.13).

Aangesien kundigheid ook deur ervaring teweeggebring word bevestig hierdie resultate die domeinkundigheid van die valideerders. Hierdie afleiding word ondersteun deur die mening van respondente in Robertson (1984: 365-366) se studie waar bevind is dat in verpleegadministrateur, wat oor meer as tien jaar bestuurservaring beskik, as in kundige gereken kan word.

Figuur 5.13 verspreiding van respondente se jare bestuurservaring: kwantifiseringsfase (N=48)



'n Analise van die gegewens volgens indiensnemingsektor toon dat die kategorie een tot vyf jaar bestuurservaring deur vier en ses respondente uit die openbare en privaatsektor onderskeidelik verteenwoordig is (vergelyk tabel 5.6). Die privaatsektor is voorts hoofsaaklik deur die kategorie ses tot tien jaar bestuurservaring verteenwoordig, te wete tien respondente. Die respondente wat die openbare sektor<sub>o</sub> verteenwoordig het beskik oor die meestejare bestuurservaring, waarvan sewe respondente in die kategorie elf tot vyftien jaar en drie respondente in dieOkategorie sestien en meer jaar pestuurservaring geressorteer het. Die respondente wat die universiteitsektor verteenwoordig het blyk ook ervare verpleegadministrateurs te wees, waarvan ses meer as tien jaar aangedui het (vergelyk tabel 5.6).

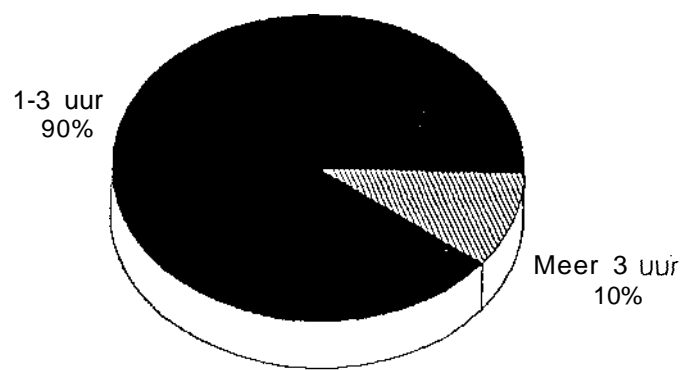
Tabel 5.6            Verspreiding van resPOndense se jare bestuurservaring volgens indiensnemingsektor: kwantifiseringsfase            (N=48)

Kategorie jare	Openbare (N=20)	Privaat (N=20)	Universiteit (N=8)	Totaal (N=48)
1 - 5 jaar	4	6	1	11
6 - 10 jaar	6	10	1	17
11 - 15 jaar	7	2	2	11
16 en meer	3	2	4	9
Totaal	20	20	8	48

i)    Duur van validering

Die meeste respondente, te wete drie-en-veertig (90%), het een tot drie uur geneem om die standarde te valideer. Slegs vyf (10%) respondente het aangetoon dat hulle langer tyd aan die validering spandeer het (vergelyk figuur 5.14).

**Figuur 5.14      Verspreiding van valideringstyd deur respon-**  
**dente bestee:    kwantifiseringsfase      (N=48)**



'n Analise van die gegewens, volgens indiensnemingsektor, toon dat slegs enkele respondente in die verskeie indiensnemingsektore langer as drie ure geneem het, naamlik twee vanuit die openbare, twee vanuit die privaat- en een vanuit die universiteitsektor (vergelyk tabel 5.7).

**Tabel 5.1      Verspreiding van valideringstyd deur respondente**  
**volgens indiensnemingsektor      (N=48)**

Valideringstyd	Openbare	Privaat	Universiteit	Totaal
1 - 3 uur	18	18	7	43
Meer as 3 uur	2	2	1	5
Totaal	20	20	8	48

#### 5.7.4 Valideringsresultate: kwantifiseringsfase"

Die verpleegdiensstandaarde is in nege hoofgroepe saamgestel met afsonderlike substandaarde en/of kriteria (vereiste kenmerke) wat elk deur die respondente op In Likert-verspreidingskontinuumi wat van een tot vierstrek, gevalideer moes word (vergelyk bylaes sewe en "agt).

Die sleutel vir die verspreidingskontinuum (skaal) is soos volg:

- 1 = irrelevant, glad nie toepaslik vir die bestuur van In verpleegdiens in privaathospitale niej
- 2 = onduidelik en die toepassing daarvan word bevraagtekenj
- 3 = toepaslik maar vereis herformuleringj
- 4 = volledig, duidelik, goed-geformuleer en realisties om as In minimumstandaard in enige privaathospitaal te gebruik.

Die hoofindelings van die standaarde is soos volg:

- 1 Georganiseerde verpleegdiens
- 2 Filosofie
- 3 Doelstellings en doelwitte
- 4 Beleid
- 5 Bepaling van werkladingindeks
- 6 Verpleegpersoneelbestuur
  - personeelvoorsiening
  - personeelbenutting
  - personeelbehoud
  - personeelontwikkeling
  - personeelrekords en -statistieke
  - personeelidentifikasie
- 7 Wetenskaplike metode van verpleging
- 8 Rampplan
- 9 Gehalteversekeringsprogramme

Aangesien daar nog geen nasionale norm vir die validering van standaarde (kwantifiseringsfase) bestaan nie, is vir die doeleindes van hierdie studie In gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,5 (uit In moontlike 4,0) op aanbeveling van die statistiese konsultant as minimum vir aanvaarding van die standaard/kriterium aanvaar. In Standaardafwyking van 0,100 en hoër toon In relatief swak konsensus

tussen die respondente en vereis "dat die standaard herformulering en/of hervalidering benodig, na gelang van die tipe gradering wat deur die respondente toegeken is. Indien die hoë standaardafwyking te wyte is aan graderings van 3,0 deur die respondente, benodig die standaard herformulering, al is" dit op grond van die inhoudsgeldigheidsindeks as geldig aanvaar.

Die standarde word in die vorm van inhoudsgeldigheidsindeks (IGI) en standaardafwyking (SD) weergegee. Die eerste inhoudsgeldigheidsindeks (IGI) in die onderskeie tabelle, reflekteer die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks soos deur al die respondente (N=48) gegradeer. Vervolgens word die gemiddelde standaardafwyking (SD) weergegee. In Onderskeiding word vervolgens getref tussen die gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks soos deur die respondente vanuit die openbare, privaat- en universiteitsektore gegradeer.

Frekwensie-ontledings word slegs gemeld waar dit, vir interpreteringsdoeleindes, noodsaaklik is (vergelyk bylaes sewe (Afrikaans) en agt (Engels) vir die volledige standarde). Slegs die kern (hoof) -standaard word by die resultate volledig weergegee. Die vereiste kenmerke word vir besprekingsdoeleindes as standarde aangedui. Al die respondente (N=48) het elke standaard gevalideer, wat verdere verwysings na hierdie frekwensie onnodig maak.

#### 5.7.4.1 verpleegdiensstandaard 1: Georganiseerde verpleegdiens

Hierdie standaard bestaan uit die hoofstandaard en veertien afsonderlike kriteria (vereiste kenmerke).

##### Standaard

Daar is In georganiseerde verpleegdiens, met die magtiging om alle redelike stappe te neem waarvolgens In hoë gehalte verpleging voorsien en optimale professionele gedrag en professionele praktykvoering van personeel gefasiliteer en gehandhaaf kan word.

Hierdie hoofstandaard is geldig verklaar op grond van In gemiddelde geldigheidsindeks van 3,93 (op In een-tot vierpunt skaal) met In geringe standaardafwyking van 0,035 wat op In hoë graad van konsensus tussen die respondente dui.



nie valideringsresultate van hierdie standaard word in tabel 5.8 weergegee.

standaard 1.6c is verwerp op grond van 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,27 met 'n standaardafwyking van 0,154. 'n Onderwyskwalifikasie en/of toepaslike onderwyservaring is dus nie deur die respondente as 'n realistiese vereiste vir 'n verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal aanvaar nie. Dit is egter interessant om daarop te let dat die respondente vanuit die privaatsektor die hoogste gradering aan hierdie standaard toegeken het, te wete 3,40.

Alhoewel standaard 1.14, wat handel oor die verpleegadministrateur se gesag om die verpleegdiens se begroting voor te berei en te bestuur, 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,52 ontvang het, is die standaardafwyking van 0,107 onaanvaarbaar hoog wat dui op 'n swak konsensus tussen die respondente (vergelyk tabel 5.8). Hierdie standaard is egter nie deur die respondente vanuit die privaatsektor, met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,35, as geldig aanvaar nie. Dit word deur verskeie outeurs erken dat die verpleegadministrateur die nodige gesag behoeft te hê vir die voorbereiding en bestuur van die verpleegdiensbegroting (Andrews, 1982: 66; Arndt & Huckabay, 1980: 231).

standaard 1.5, naamlik dat die organisasieplan (-struktuur) van die verpleegdiens voorsiening maak vir die bestuur van verpleegdienste op alle skofte, het 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,65 ontvang met 'n standaardafwyking van 0,095 wat ook op 'n relatief swak konsensus tussen die respondente dui. Dit is opmerklik dat die respondente vanuit die universiteitsektor hierdie standaard as minder realisties beskou het aangesien hierdie groep 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,43 aan hierdie standaard toegeken het;

-Die verpleegadministrateur is op 'n vier-en-twintig uur basis aanspreeklik vir 'n hoë gehalte van verpleging in 'n hospitaal. Formele delegering van hierdie verantwoordelikheid, veral op nagdiens, vergemaklik die taak van die verpleegadministrateur. Die respondente kon mooritlik, weens die feit dat agt (17%) respondente 'n gradering van 3,0 aan hierdie standaard toegeken het, die standaard waninterpretêr het. Herformulering van hierdie standaard (1.5) is dus noodsaaklik.

Dit is verrassend dat standaard 1.10, wat vereis dat In personeelontwikkelingsprogram vir die verpleegadministrateur beskikbaar moet wees, In variasie van mening, met In gemiddelde geldigheidsindeks van 3,89 toon. Dit kan verklaar word vanwee die feit dat die respondente vanuit die privaatsektor die laagste gradering aan hierdie standaardtoegeken het, naamlik 3,75. Robertson (1984: 414) is van mening dat die verpleegadministrateur van die toekoms " ... will face an even greater challenge than previously in keeping up to date," In Analise van die opmerkings, soos deur verskeie respondente aangeteken, dui daarop dat die respondente vanuit die privaatsektor In ondersteuningstelsel het en tevrede is met hul huidige personeelontwikkelingstelsels.

Standaard 1.13, wat vereis dat die verpleegadministrateur voorsiening maak vir enige nodige formele skakeling tussen die ander professionele gesondheidspraktisyns en administratiewe personeel, het ook In hoë standaardafwyking getoon, naamlik 0,099 wat dui op In relatief swak konsensus tussen die respondente. Dit is opmerklik dat die respondente vanuit die privaatsektor In gradering van 4,0 aan hierdie standaard toegeken het teenoor die ander twee kategorieë wat elk In gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,52 aan hierdie standaard toegeken het (vergelyk tabel 5.8). Hierdie standaard benodig ook herformulering aangesien tien (21%) respondente In gradering van 3,0 daaraan toegeken het.

In Georganiseerde verpleegdiens dra by tot die lewering van In hoë gehalte van verpleging in In hospitaal. Uit die analisering van hierdie gegewens lyk dit asof hierdie beginsel, soos in die standarde verbeeld, deur die respondente aanvaar word. Slegs een standaard (1.6c: onderwyskwalifikasie/ervaring) is deur die totale groep verwerp en standaard 1.14 (voorbereiding en bestuur van begroting) is deur die respondente vanuit die privaatsektor verwerp.

Tabel. 5.8      Verspreiding van val.ideringsresul.tate, standaard  
1:   georganiseerde verpleegdiens    (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	so	<i>ols</i>	<i>pis</i>	Univ
1	Georganiseerde verpleegdiens	3,93	0,035	3,85	4,00	3,95
1.1	pos: organisasieplan .	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
1.2	verpleegadministrateur bestuur	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
1.3	posbeskrywing	3,93	0,046	3,90	4,00	3,89
1.4	geskrewe organisasieplan	3,87	0,057	3,81	3,90	3,90
1.5	bestuur van verpleegdienste: skofte	3,68	0,095	3,76	3,85	3,43
1.6a	bestuursKwalifikasie	3,87	0,048	3,76	3,95	3,90
1.6b	toepaslike kliniese kwalifikasie(s)	3,77	0,074	3,61	3,85	3,64
1.6c	verpleegonderwyskwalifikasie	3,27	0,154	3,09	3,40	3,32
1.6d	SARV-registrasie / SAVV-opbetaling	3,93	0,063	3,85	4,00	3,94
1.7	voltydse basis aangestel	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
1.8a	aanspreeklikheid: een VPA	3,97	0,021	3,95	4,00	3,96
1.8b	toepaslike kwalifikasies	3,97	0,021	3,95	3,95	4,00
1.9	demonstreer bestuursvaardighede	3,91	0,040	4,00	3,90	3,93
1.10	personeelontwikkelingsprogram	3,89	0,045	3,95	3,75	3,97
1.11	optrede in VPA se afwesigheid	3,95	0,029	3,85	3,90	4,00
1.12	verhouding tot ander departemente	3,87	0,057	3,57	3,95	4,00
1.13	formele skakeling tussen praktisyns	3,68	0,099	3,52	4,00	3,52
1.14	voorbereiding/bestuur van begroting	3,52	0,107	3,52	3,35	3,69

- IGI = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- SO = Standaardafwyking
- ols* = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- pis* = Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- Univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- VPA = Verpleegadministrateur
- SARV = suid-Afrikaanse Raad op Verpleging
- SAW = Suid-Afrikaanse Verpleegstersverenigin9

#### 5.7.4.2      Verpleegdiensstandaard 2:    Fil.osofie

standaard  
Daar is In verpleegdiensfilosofie.

Hierdie standaard is met In gemiddelde geldigheidsindeks van 3,95 en 'n minimale standaardafwyking van 0,035    (vergelyk tabel 5.9)    aanvaar.

Met die uitsondering van standaard 2.3d, wat filosofiese verklarings oor verpleegonderwys, wanneer toepaslik, vereis, is al die standarde, soos in tabel 5.8 gereflekteer, met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,85 of hoër aanvaar.

Die standaardafwykings toon egter 'n relatief hoë variasie tussen die respondente wat moontlik toegeskryf kan word aan die feit dat verpleegadministrateurs in privaathospitale nie vertrouwd is met die doel en gebruiksnut van 'n verpleegdiensfilosofie nie.

Alhoewel standaard 2.3d (filosofiese verklarings oor verpleegonderwys) 'n geldigheidsindeks van 3,70 behaal het, toon die standaardafwyking van 0,111 'n lae konsensus tussen die respondente en benodig hierdie standaard/kriterium dus herformulering en/of hervalidering. Die respondente vanuit die openbare sektor het 'n hoër gradering aan hierdie standaard toegeken, naamlik 3,90 teenoor die respondente vanuit die privaat- en universiteitsektore wat 'n laer gradering van 3,60 onderskeidelik toegeken het.

Die inhoudsgeldigheid van hierdie standaard word deur Poteet (1988: 31) bevestig. Hierdie outeurs is die mening toegedaan dat enige verpleegdiens 'n filosofiese verklaring oor verpleegonderwys behoort te hê waarvan die volgende 'n voorbeeld is: "We believe nurses should be given the opportunity to keep current on advances in their field of practice" (Poteet, 1988: 31).

Aangesien privaathospitale tans by formele verpleegopleiding betrokke begin raak, is filosofiese verklarings in hierdie verband noodsaaklik.

Die verpleegdiensfilosofie rig die besluitneming en optrede van verpleegkundiges in 'n gesondheidsdiens. Waardes vorm die basis van verskeie gehalteversekeringsmodelle (vergelyk figure 3.7 en 3.8). Dit blyk dat die menings van die respondente hiermee ooreenstem, ten spyte van relatief hoë standaardafwykings, aangesien alle standaarde in hierdie atdelinq as geldig aanvaar is. Die waarde van 'n verpleegdiensfilosofie is in Robertson (1984: 318) se navorsing deur verpleegadministrateurs in stedelike provinsiale hospitale bevestig. Dit is opmerklik dat die respondente wat die openbare sektor verteenwoordig het telkens, met die uitsondering van standaard 2.4 wat vereis dat die filosofie aan die personeel beskikbaar gestel word, 'n hoër gradering toegeken het.

Tabel 5.9      Verspreiding van valideringsresultate, standaard  
2:   filosofie      (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	SD	o/s	pis	Univ
2	Verpleegdiensfilosofie	3,95	0,029	3,95	4,00	3,90
2.1	geskrewe filosofie"	3,90	0,035	3,95	3,90	3,90
2.2	in harmonie: organisasie en beroep	3,89	0,045	3,95	3,80	3,92
2.3a	pasient	3,85	0,065	4,00	3,95	3,60
2.3b	verpleegpraktyk	3,85	0,089	4,00	3,85	3,70
2.3c	die verpleegkundige	3,85	0,089	4,00	3,90	3,65
2.3d	verpleegonderwys waar toepaslik	-3,70	0,111	3,90	3,60	3,60
2.4	aan personeel beskikbaar gestel	3,91	0,040	3,90	3,95	3,88

IGI    =    Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
SD    =    Standaardafwyking  
*O/S*    =    Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
*pis*    =    privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
Univ    =    Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

5.7.4.3      verpleegdiensstandaard 3:   Doelstellings en doel-  
witte

Hierdie standaard het sewe afsonderlike substandaarde (vereiste kenmerke) wat oor doelstellings en doelwitte vir die verpleegdiens en verpleegeenhede handel. Die gegewens word in tabel 5.10 weergegee.

standaard  
In ooreenstemming met gedelegeerde gesag, het die Verpleeg-administrateur die verantwoordelikheid en gesag om te ver-seker dat verpleegdoelstellings en -doelwitte opgestel en bereik word.

Hierdie standaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,93 en 'n standaardafwyking van 0,046 aanvaar.

Vier standaarde in hierdie afdeling toon standaardafwykings van hoër as 0,100 wat dui op 'n lae vlak van konsensus tussen die respondente. Bewys van geskrewe lang- en kort-termyn-doelstellings en -doelwitte in die verpleegdiens (standaard 3.2) is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,70 aanvaar maar het 'n standaardafwyking van 0,103.

Dit kan verklaar word vanwee die laer graderings wat deur die respondente vanuit die openbare sektor aan hierdie standarde toegeken is.

Doelstellings vir elke groep/eenheid in die verpleegdiens, wat in harmonie met dié van die verpleegdiens, organisasie en verpleegberoep is, is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,64 aanvaar maar-toon ook 'n hoë standaardafwyking van 0,101 (standaard 3.4). Beide standarde 3.5 (doelstellings en doelwitte is in meetbare gedragsterme gestel) en 3.6 (verantwoordelikheid en aanspreeklikheid vir die bereiking van doelstellings is duidelik in die verpleegpersoneel se posbeskrywings vermeld) is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,64 en 3,68 onderskeidelik aanvaar maar benodig herformulering op grond van hul hoë standaardafwykings (vergelyk tabel 5.10).

Geskrewe doelstellings en doelwitte reflekteer die bestaansreg van 'n verpleegdiens en is 'n bewys van doelgerigte bestuur of dienslewering (Stevens, 1983: 84). Alhoewel hierdie bestuurshandeling moontlik deur verpleegadministrateurs as 'onnodig en tydrowend beskou kan word is al die standarde in hierdie afdeling, ten spyte van relatief hoë standaardafwykings, deur die respondenteaanvaar.

In hierdie kategorie is die standarde deur die respondente vanuit die openbare sektor oor die algemeen laer gegradeer as die privaat- en universiteitsektorrespondente. Graderings deur die respondente vanuit die privaat- en universiteitsektore toon 'n hoë graad van ooreenstemming.

Robertson (1984: 408 en 412) is van mening dat die verpleegadministrateur van die toekoms meer intensief by langtermynbeplanning (en doelwitformulering) betrokke sal moet raak,

Tabel 5.10    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 3: doelstellings en doelwitte    (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	SO	O/S	p/s	Univ
3	opstel/bereiking van doelstellings	3,93	0,046	3,85	4,00	3,94
3.1	institusionele doelstellings	3,91	0,040	3,95	3,90	3,88
3.2	geskrewe doelstellings	3,70	0,103	3,52	3,80	3,78
3.3	in harmonie: organisasie en beroep	3,75	0,096	3,62	3,80	3,83
3.4	verpleegeenheid doelstellings	3,64	0,101	3,52	3,70	3,70
3.5	meetbare gedragsterme	3,64	0,113	3,57	3,70	3,65
3.6	in posbeskrywings vermeld	3,68	0,108	3,71	3,65	3,68
3.7	konmunLkering van doelstellings	3,87	0,077	3,71	4,00	3,90

IGI = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
SO = Standaardafwyking  
O/S = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
p/s = Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
Univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

### 5.7.4.4    Verpleegdiensstandaard 4:    Beleid

In hierdie standaard word nege afsonderlike substandaarde (vereiste kenmerke) gestel wat handel oor die bestuurshandeling van beleidbepaling, wat ook in die vorm van beleids-handleidings daargestel word.

standaard  
'n Stel omvattende beleidsverklarings, wat besluitneming in verpleging rig, word in die verpleegdiens geformuleer en in stand gehou.

Hierdie kernstandaard is met In gemiddelde geldigheidsindeks van 3,85 en 'n standaardafwyking van 0,057 aanvaar.

Die standaarde/kriteria het hier oor die algemeen hoë gemiddelde geldigheidsindeksbepalings behaal. standaarde 4.3e, 4.3f en 4.3h toon egter swak konsensus, wat moontlik toegeskryf kan word aan die laer graderings wat deur die privaatsektorrespondente aan hierdie standaarde toegeken is (vergelyk tabel 5.11). Begroting en aankopebeleid (standaard 4.3e) is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,64 aanvaar maar toon 'n standaardafwyking van 0,109. In Gradering van 3,50 deur die privaatsektor toon dat hierdie standaard nie baie realisties vir privaathospitale is nie.

Beleidshandleidings vir agentskapooreenkoms (standaard 4.3h) wanneer toepaslik, is deur die respondente as onnodig beskou en met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 2,81 en 'n standaardafwyking van 0,206 verwerp. Te midde van die huidige nuusdekking wat sogenaamde "agent skapsusters", veral in die Pretoria- en Witwatersrandarea geniet, is dit vreemd dat slegs sewe-en-twintig (50%) respondente ten gunste van hierdie standaard gereageer het (vergelyk tabel 5.11).

Alhoewel standaard 4.9, wat vereis dat relevante verpleegwetgewingen regulasies by elke verpleegstasie vir alle verpleegpersoneel beskikbaar moet wees, volgens 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,81 aanvaar is, toon die standaardafwyking van 0,093 'n hoë vlak van variasie tussen die respondente. Dit lyk dus asof die sentralisering van beleid, met inbegrip van die beskikbaarheid van beleidshandleidings, voorkeur geniet. Dit is veral opmerklik dat die privaatsektorrespondente 'n gradering van 3,60 aan hierdie standaard toegeken het teenoor die hoër graderings deur die openbare en universiteitsektore.

Die meeste standaarde in hierdie afdeling is met 'n redelike hoë mate van konsensus tussen die respondente aanvaar, soos in tabel 5.11 gereflekteer.

Uit die voorafgaande kan die afleiding dus gemaak word dat die respondente beleidbepaling as 'n bestuurshandeling aanvaar wat noodsaaklik is vir konsekwente besluitneming en om die nodige geborgenheidsbelewing aan die verpleegpersoneel te voorsien.



Tabel 5.11    Verspreiding van valideringsresultate, standaard  
4:    beleid                    (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	SD	o/s	pis	Univ
4	Beleidsverklarings	3,85	0,059	3,90	3,80	3,85
4.1	formele meganisme: beleidbepaling	3,87	0,064	3,90	3,90	3,81
4.2	beleid ooreenkomstig organisasie	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
4.3a	wet op Verpleging	3,91	0,050	4,00	3,90	3,81
4.3b	SARv-regulasies	3,91	0,050	4,00	3,90	3,83
4.3c	toepaslike gesondheidswetgewing	3,91	0,050	4,00	3,90	3,83
4.3d	verpleegpersoneelbeleid	3,85	0,067	3,90	3,85	3,80
4.3e	begroting enaankopebeleid	3,64	0,109	3,81	3,50	3,61
4.3f	toerusting en voorraadbeheer	3,72	0,088	3,81	3,65	3,70
4.3g	gehalteversekering	3,83	0,062	3,85	3,75	3,89
4.3h	agentskapooreenkoms soos toepaslik	2,81	0,206	2,66	2,55	3,32
4.4	alle wette en regulasies geldig	3,87	0,048	3,95	3,75	3,91
4.5	ooreenkomstig makrobeleid	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
4.6	hersien en op datum gehou	3,89	0,054	3,90	3,85	3,92
4.7a	indeksstelsel	3,87	0,048	3,95	3,75	3,91
4.7b	handtekeninge	3,87	0,057	3,90	3,80	3,91
4.7c	hersieningsdatums	3,79	0,094	3,85	3,65	3,87
4.8	beskikbaarheid van handleidings	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
4.9	beskikbaarheid by verpleegstasies	3,81	0,093	3,95	3,60	3,88

IGI    =    Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
SD    =    Standaardafwyking  
O/S    =    Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
pis    =    privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
Univ    =    Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
SARV    =    Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging

5.7.4.5    Verpleegdiensstandaard    5:    Bepaling van werk-  
ladingindeks

Die bepaling en voorspelling van verpleegwerkklading dien as 'n basis vir die effektiwiteit van personeel en 'n hoë gehalte verpleging. Dit vereis die benutting van 'n wetenskaplike stelsel (pasiëntklassifikasiestelsel), waarvolgens die hoeveelheid verpleegure wat benodig word, bepaal kan word.

Hierdie standaard is in vyf substandaarde (vereiste kenmerk) verdeel volgens die wetenskaplike beginsels van die bepaling van 'n werkkladingindeks in verpleging.

standaard

Daar is 'n wetenskaplik gefundeerde stelsel waarvolgens die behoefte aan verpleging, volgens gedemonstreerde pasiënt-behoefte, toepaslike verpleegtussentredes en prioriteit van verpleging bepaal word.

Hierdie kernstandaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,87 en 'n standaardafwyking van 0,057 aanvaar. Standaard 5.2, wat vereis dat die pasiënt se akuutheidsvlakke bepaal en gemoniteer word, is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van slegs 3,54 en 'n hoë standaardafwyking van 0,126 aanvaar. Hierdie standaard het egter 'n lae gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van die respondente vanuit al die indiensnemingsektore verkry. Dit is interessant om daarop te let dat die respondente 'n geldigheidsindeks van 4,0 aan standaard 5.3, wat vereis dat pasiëntsensus en bedbesettingstatistieke maandeliks gehou word, toegeken het wat 'n 100% konsensus tussen die respondente weerspieël. Dit wil dus voorkom asof daar van die respondente is wat die metodiek van pasiëntklassifisering nie ten volle begryp nie (vergelyk tabel 5.12):

standaard 5.5, te wete die hospitaal-pasiënt-toelatingstelsel, wat voorsiening maak vir deelname vanuit die verpleegdiens in die koördinerende van pasiëntbehoefte en verpleging met die beskikbare verpleegpersoneel, is met 'n relatief lae gemiddelde geldigheidsindeks van 3,56 en 'n standaardafwyking van 0,111 aanvaar (vergelyk tabel 5.12). Hierdie standaard benodig herformulering aangesien vyftien (31%) respondente 'n gradering van 3,0 toegeken het.

Met die uitsondering van twee standarde (5.1 en 5.4) is die variasie tussen die verskeie indiensnemingsektore, soos deur die onderskeie inhoudsgeldigheidsindekse gereflekteer, opmerklik laag.

'n Pasiëntklassifikasiesistelsel is 'n wetenskaplike metode waarvolgens pasiënte volgens die kompleksiteit en intensiteit van verpleging benodig, gegroepeer word. Die pasiënt se afhanklikheidsgraad speel 'n bepalende faktor (Gillies, 1982: 221), wat die noodsaaklikheid van standaard 5.2 (bepaling van die pasiënte se akuutheidsvlakke) bevestig.

privaathospitale word met 'n winsmotief bedryf wat kan lei tot swak koordinering van pasient-toelatings ten einde die bedbesetting so hoog as moontlik te hou. Hierdie praktyk kan 'n direkte invloed op die werklading van verpleegkundiges hê wat weer die gehalte van verpleging kan benadeel. Dit vereis dus dat die verpleegadministrateur 'n inset in die k05rdinering van pasiënt-toelatingstelsels behoort te hê. Aangesien oor hierdie standaard (5.5) 'n lae graad van konsensus bereik is, is herformulering daarvan belangrik.

Tabel 5.12    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 5:bepaling van werkladingindeks    (N=48)

standaard/kriterium		IGI	SO	O/S	pis	Univ
5	Wetenskaplik gefundeerde stelsel	3,87	0,057	3,90	3,75	3,96
5.1	bewys van verpleegwerkladingindeks	3,79	0,066	4,00	3,65	3,72
5.2	pasiente se akuteitvlakke bepaal	3,54	0,126	3;50	3,55	3,57
5.3	pasientsensus en bedbesetting	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
5.4	postebepaling volgens inligting	3,77	0,091	3,95	3,50	3,86
5.5	pasient-toelatingstelsel	3,56	0,111	3,52	3,50	3,66

IGI = somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
SO = Standaardafwyking  
ols = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
pls = Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
Univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

### 5.7.4.6    Verpleegdiensstandaard 6: Verpleegpersoneel

Die doelmatige en doeltreffende bestuur van verpleegmanne-krag kan nie oorbeklemtoon word nie. Hierdie standaard is in die vier hoofkomponente van personeelbestuur, te wete personeelvoorsiening, -benutting, -behoud en personeel-ontwikkeling verdeel. Standaarde oor personeelrekords en -statistieke, asook personeelidentifikasie, is ook geformuleer en vir validering voorgele.

## Standaard 6.1 Personeelvoorsiening

Hierdie resultate word in tabel 5.13 weergegee.

### Standaard

Verpleegkundige personeelvoorsiening is gebaseer op die wetenskaplike beginsels van mannekragvoorsiening.

Hierdie kernstandaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,83 en 'n standaardafwyking van 0,075 aanvaar. Enkele respondente het, met 'n gradering van 3,0 aangedui dat die standaard herformulering benodig.

### Standaard 6.1.1 Werwing

#### Standaard

Daar is 'n formele werwingsprogram in werking.

Hierdie kernstandaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 2,85 verwerp (vergelyk tabel 5.13). Dit is interessant om daarop te let dat 'n lae gradering deur die respondente van al die indiensnemingsektore aan hierdie standaard toegeken is.

Al die werwingstandaarde, behalwe standaard 6.1.1.3 wat handel oor die akkuraatheid van posinligting, is met 'n lae geldigheidsindeksbepalings verwerp (vergelyk tabel 5.7).

'n Formele werwingsprogram (standaard 6.1.1) het 'n geldigheidsindeks van slegs 2,85 verkry. Sestien (33%) respondente het aan hierdie standaard 'n gradering van 1,0 toegeken en sodoende die standaard as ontoepaslik beoordeel. 'n Geskrewe werwingsbeleid (standaard 6.1.1.2) is deur veertien (29%) respondente as onrealisties gegradeer en is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 2,91 verwerp (vergelyk tabel 5.13).

In Goeie werwingsprogram lei tot hoër retensie van personeel wat 'n direkte invloed op die gehalte van verpleging het (Mackey, 1988: 25-26). Douglas et al (1985: 207) is die mening toegedaan dat lang- en korttermynwerwingsprogramme die oorlewing van 'n organisasie bepaal.

Dit wil egter voorkom asof werwing van verpleegpersoneel in die privaatsektor tans nie as 'n realistiese standaard gereken word nie.

#### standaard 6.1.2 Keuring

##### Standaard

Daar is 'n formele keuringstelsel wat op die wetenskaplike beginsels van mannekragkeuring gebaseer is.

Hierdie standaard is met 'n geldigheidsindeks van 3,87 en 'n standaardafwyking van 0,057 aanvaar. Die verpleegadministrateur se direkte betrokkenheid by die keuring van verpleegpersoneel (standaard 6.1.2.1) is met 'n 100% konsensus tussen die respondente aanvaar.

Volgens tabel 5.13 is dit voorts duidelik dat die keuringstandaarde verder almal met besonder hoë geldigheidsindeksbepalings aanvaar is.

Ten spyte van die verpleegpersoneeltekorte wil dit dus tog voorkom asof keuring steeds deur die respondente as 'n wetenskaplike personeelbestuursfunksie gereken word wat dus 'n direkte invloed op die gehalte van verpleging kan hê.

#### Standaard 6.1.3 Aanstelling en plasing

##### Standaard

Die aanstelling en 'n plasing van verpleegpersoneel geskied ooreenkomstig die keuringskriteria en die werknemer se 100p-baanmotivering.

Hierdie standaard het 'n hoë geldigheidsindeks van 3,95 behaal met 'n lae standaardafwyking van 0,030 wat 'n hoë vlak van konsensus tussen die respondente verteenwoordig (vergelyk tabel 5.13). So ook is 'n hoë vlak van konsensus tussen die respondente betreffende die ander standaarde in hierdie afdeling te bespeur, met lae standaardafwykings en hoë geldigheidsindeksbepalings deur die respondente in die onderskeie indiensnemingsektore.

Personeelvoorsiening is 'n dinamiese proses en moet voortdurend rekening hou met die veranderende omgewing waarin die privaathospitaal hom bevind. Vraag en aanbod het 'n bepalende invloed op die aard en intensiteit van hierdie

bestuurshandelinge. Die valideringsresultate vir hierdie afdeling word in tabel 5.13 weergegee.

**Tabel 5.13    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.1: personeelvoorsiening    (N=48)**

Standaard/kriterium		IGI	SD	o/s	p/s	Univ
6.1	Personeelvoorsiening	3,83	0,075	3,76	3,85	3,88
6.1.1	werwingsprogram	2,85	0,202	2,61	3,00	2,94
6.1.1.1	geskrewe werwingsbeleid	2,91	0,195	2,61	2,95	3,17
6.1.1.2	ooreenkomstig hospitaalbeleid	3,27	0,157	2,95	3,35	3,51
6.1.1.3	akkurate posinligting	3,79	0,084	3,76	3,75	3,86
6.1.2	formele keuringstelsel	3,87	0,057	3,90	3,80	3,91
6.1.2.1	direkte betrokkenheid	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.1.2.2	keuringsbeleid	3,85	0,067	4,00	3,75	3,80
6.1.2.3a	SARV-registrasievereistes	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.1.2.3b	keuringskriteria/posvereistes	3,93	0,035	4,00	3,85	3,94
6.1.2.3c	behoefte van pasiëntpopulasie	3,93	0,035	4,00	3,85	3,94
6.1.2.3d	posverwagtinge verduidelik	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.1.2.4	onsuksesvolle kandidate	3,97	0,021	3,95	4,00	3,96
6.1.3	aanstelling en plasing	3,95	0,030	4,00	3,90	3,95
6.1.3.1	geskrewe aanstellingskontrak	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.1.3.2	geskrewe diensvoorwaardes	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.1.3.3	toepaslike aanstellings	3,87	0,057	3,90	3,90	3,81
6.1.3.4a	SARV-registrasies	3,93	0,046	4,00	3,95	3,84
6.1.3.4b	opbetaalde SAW-lede	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96

- IGI    =    Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- SD    =    Standaardafwyking
- o/s    =    Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- p/s    =    privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- Univ    =    Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- SARV    =    Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging
- SAW    =    suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging

**Standaard 6.2.    Personeelbenutting**

Personeelbenutting impliseer die handhawing van 'n optimale vlak van produktiwiteit by personeel (Andrews, 1985: 19). Hierdie standaard is verdeel in die toekenning van personeel, posbeskrywings, pasiënt-toelatingsmetodes, en personeelskedulering. Die valideringsresultate van hierdie standarde word in tabel 5.14 weergegee.

## Standaard 6.2.1 Toekenning

### Standaard

Die spesifieke verpleegpersoneeltoekenning vir elke verpleegeenheid is ooreenkomstig die pasiëntsorgbehoefte, personeelkundigheid, eenheidsgeografie, beskikbaarheid van ondersteuningsdienste en metode van pasiëntsorglewering.

Hierdie kernstandaard is met 'n geldigheidsindeks van 3,93 en 'n standaardafwyking van 0,046 aanvaar. Al die ander standaarde in hierdie afdeling, behalwe standaard 6.2.1.3, is met 'n hoë geldigheidsindeksbepalings en relatief lae standaardafwykings aanvaar (vergelyk tabel 5.14).

Standaard 6.2.1.3, naamlik dat die verpleegpersoneelratio (professioneel/sub-professioneel) ooreenstem met die werkladingindeks- en postebepaling, is met 'n geldigheidsindeks van 3,70 aanvaar. Dit toon egter 'n hoë standaardafwyking van 0,115 wat dui op 'n hoë graad van variasie tussen die respondente. Hierdie variasie kan verklaar word vanweë die feit dat die respondente vanuit die openbare sektor 'n gradering van slegs 3,52 aan hierdie standaard toegeken het. Hierdie resultaat kan moontlik toegeskryf word aan die hoë Omset van verpleegpersoneel wat tans deur sommige gesondheidsdienste ervaar word en wat die stabiliteit van 'n verpleegmag in 'n organisasie beïnvloed.

Dit is opmerklik dat 'n standaard soos 6.2.1.1, wat vereis dat 'n geregistreerde verpleegkundige in bevel van (verantwoordelik vir) algemene verpleegeenhede vir alle skofte is, 'n geldigheidsindeks van 3,93 behaal het met 'n standaardafwyking van 0,035 wat op 'n hoë graad van konsensus tussen die respondente dui. Dit wil dus voorkom asof die respondente die gebruik in sommige hospitale, naamlik dat sub-professionele verpleegkundiges, veral op nagdiens, in bevel van verpleegeenhede is, afkeur. Die valideringsresultate van hierdie afdeling word in tabel 5.14 weergegee.

## Standaard 6.2.2 Posbeskrywings

### Standaard

Elke verpleegpersoneel lid in die hospitaal het 'n Ingeskrewe posbeskrywing wat die pligte en verantwoordelikhede van die pos spesifiseer.

Hierdie standaard is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,85 en 'n standaardafwyking van 0,051 aanvaar. Alhoewel standaard 6.2.2.1d (wat vereis dat gesag en vereiste werkverrigtingstandaarde in die posbeskrywing uitgebeeld word) met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,74 aanvaar is, toon die standaardafwyking van 0,101 'n lae graad van konsensus tussen die respondente (vergelyk tabel 5.14).

Standaard 6.2.2.1e is met 'n gemiddelde geldigheidsindeks van 3,29 en 'n standaardafwyking van 0,168 verwerp. Die werksomstandighede, met inbegrip van spesiale risikors, hoef dus nie, volgens die respondente, in 'n verpleegpersoneel se posbeskrywing gereflekteer te word nie. Die graad van kompleksiteit (standaard 6.2.2.3c) is ook nie in 'n individu se posbeskrywing tersaaklik nie en is met 'n geldigheidsindeks van 3,25 en standaardafwyking van 0,182 verwerp (vergelyk tabel 5.14).

Al die ander standaarde is met hoë geldigheidsindeksbepalings en relatief lae standaardafwykings aanvaar.

### Standaard 6.2.3      pasient-toewysingsmetodes

#### Standaard

Pasient-toewysingsmetodes is ooreenkomstig die verpleegbehoefte van die pasient om individuele, doelgerigte verpleging te verseker.

Hierdie standaard is met 'n hoë geldigheidsindeks van 3,97 (standaardafwyking 0,021) aanvaar. Standaard 6.2.3.1b, naamlik dat die spantoeewysingsmetode (of primere verpleging) vir personeel in algemene eenhedejsale benut word, is met 'n geldigheidsindeks van 2,97 verwerp. Die standaardafwyking van 0,203 is 'n bewys van die graad van variasie tussen die respondente betreffende hierdie standaard.

Standaard 6.2.3.1c, wat vereis dat die funksionele toewysingsmetode slegs in die geval van 'n akute tekort aan verpleegpersoneel benut moet word, is ook met 'n geldigheidsindeks van 2,85 en 'n standaardafwyking van 0,202 verwerp (vergelyk tabel 5.14). Vyftien (31%) en sestig (33%) respondente het onderskeidelik 'n gradering van 1,0 aan hierdie twee standaarde toegeken.



Hierdie resultate kan moontlik toegeskryf word aan die tekort aan verpleegpersoneel wat tans deur die gesondheidsdienste ervaar word en wat ideale pasiënt-toewysingsmetodes in verpleegeenhede onrealisties maak. 'n Hoë gehalte verpleging in 'n verpleegdiens word, onder andere, deur die gekose verpleegmodaliteit betnvloed. Die inhoudgeldigheid van hierdie standarde is deur die literatuur bevestig.

#### Standaard 6.2.4      Personeelskedulering

##### Standaard

'n Verpleegpersoneel-skeduleringstelsel (voltydse ekwivalent) is teenwoordig.

Hierdie standaard is met 'n geldigheidsindeks van 3,75 en 'n standaardafwyking van 0,089 aanvaar, wat die verskil in die respondente se menings rakende hierdie standaard weerspieël.

In hierdie afdeling is twee standarde met 'n lae geldigheidsindeks aanvaar, te wete standarde 6.2.4.3 en 6.2.4.5 wat weer eens die tekort aan verpleegpersoneel wat hierdie standarde onrealisties maak, weerspieël. Standaard 6.2.4.3, naamlik dat daar te alle tye 'n voldoende aantal gekwalifiseerde, geregistreerde verpleegkundiges aan diens is om die nodige verpleging, wat professionele beoordeling en gespesialiseerde vaardighede vereis, te verskaf, is met 'n geldigheidsindeks van 3,64 aanvaar. Die standaardafwyking van 0,125 toon egter die lae vlak van konsensus wat deur die responderit.e "bereik is (vergelyk tabel 5.14).

Dit is interessant om daarop te let dat standaard 6.2.4.4, wat vereis dat die verpleegpersoneelvoorsiening voldoende is om vinnige herkenning van onverwagse veranderinge in 'n pasient se toestand te verseker, met 'n hoë geldigheidsindeks van 3,81 en in relatief lae standaardafwyking van 0,057 aanvaar is.

Standaard 6.2.4.5, wat in toepaslike ratio tussen senior, professionele en sub-professionele personeel vereis om in die pasiente se behoeftes te voorsien, is met in geldigheidsindeks van 3,62 en in hoë standaardafwyking van 0,128 wat die verskil in respondente se menings weerspieël, aanvaar. Die beskikbaarheid van geregistreerde verpleegkundiges blyk dus in bepalende faktor te wees. Hierdie standaard is deur die respondente vanuit die openbare sektor

met In inhoudsgeldigheidsindeks van 3,38 as onrealisties verklaar.

Al die ander standaarde in hierdie afdeling is met relatief hoë konsensus tussen die respondente aanvaar (vergelyk tabel 5.14).

Tabel 5.14    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.2: personeelbenutting (N=48)

standaard/kriterium		IGI	SD	o/s	p/s	Univ
6.2.1	Verpleegpersoneeltoekenning	3,93	0,046	3,90	3,95	3,94
6.2.1.1	g/v in bevel van skofte	3,93	0,035	3,90	3,95	3,94
6.2.1.2a	operasiesaal	3,91	0,050	3,81	4,00	3,92
6.2.1.2b	intensiewe sorgeenhede	3,93	0,035	3,90	3,95	3,94
6.2.1.2c	kraamafdeling	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.2.1.3	ratio en werkladingindeks	3,70	0,115	3,52	3,80	3,78
6.2.2	geskrewe posbeskrywings	3,85	0,051	3,90	3,75	3,90
6.2.2.1a	posidentifikasie	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
6.2.2.1b	posopsomming	3,93	0,035	3,95	3,90	3,94
6.2.2.1c	graad van vaardighede	3,89	0,045	3,95	3,80	3,92
6.2.2.1d	gesag/werkverrigtingstandaarde	3,74	0,101	3,61	3,80	3,81
6.2.2.1e	werksomstandighede/risiko's	3,29	0,168	3,23	3,15	3,49
6.2.2.2	minimum opleiding	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.2.2.3a	aard van werk/posfunksies	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.2.2.3b	verantwoordelikhede/gesag	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
6.2.2.3c	graad van kompleksiteit	3,25	0,182	3,14	3,10	3,51
6.2.2.3d	omvattende beskrywing	3,89	0,045	4,00	3,75	3,92
6.2.2.4	toepaslike hersiening	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
6.2.2.5	beskikbaarstelling	3,89	0,045	4,00	3,80	3,87
6.2.3	pasient-toewysingsmetodes	3,97	0,021	4,00	4,00	3,91
6.2.3.1	ooreenkomstig kwalifikasies	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.2.3.1a	intensiewe sorg: gevallemetode	3,93	0,035	3,95	3,95	3,89
6.2.3.1b	algemene eenhede: spantoewysing	2,97	0,203	3,00	2,95	2,96
6.2.3.1c	funksionele metode: akute tekort	2,85	0,202	2,95	2,70	2,90
6.2.4	verpleegpersoneel-skedulering	3,75	0,089	3,90	3,65	3,70
6.2.4.1	geskrewe skeduleringsbeleid	3,75	0,084	3,81	3,70	3,74
6.2.4.2	ooreenkomstig behoeftes	3,85	0,059	3,81	3,90	3,84
6.2.4.3	voldoende aantal g/v	3,64	0,125	3,52	3,65	3,75
6.2.4.4	voldoende personeel	3,81	0,057	3,76	3,85	3,82
6.2.4.5	toepaslike ratio	3,62	0,128	3,38	3,70	3,78

- IGI = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- SD = Standaardafwyking
- o/S = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- p/s = Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- g/v = Geregistreeerde verpleegkundige

## Standaard 6.3 Personeelbehoud

Werksbevreëding draby tot die lewering van In hoë gehalte verpleging. Die voorkoming van konflik en die effektiewe bestuur van konflik bevorder In tevrede verpleegtaakmag en die behoud van personeel om tot In hoë gehalte verpleging by te dra, In hierdie afdeling is standarde rakende griewe-prosedure, dissiplinêre prosedure, kommunikasieprosedure, beroepsgesondheid en veiligheidsprogramme opgestel en vir validering voorgelê. Hierdie resultate word in tabelle 5.15 en 5.16 weergegee.

### Standaard 6.3.1 Grieweprosedure

#### Standaard

Daar is In formele, geskrewe 'grieweprosedure in werking.

Hierdie standaard is met In geldigheidsindeks van 3,97 en In minimale standaardafwyking (slegs een respondente) van 0,029 aanvaar. In Hoë vlak van konsensus is ook in die ander grieweprosedure-standaarde verbeeld (vergelyk tabel 5.15).

Dit wil dus voorkom asof die respondente In hoë premie op die voorkoming en hantering van griewe in In verpleegdiens plaas.

### Standaard 6.3.2 Dissiplinere prosedure

#### Standaard

Daar is In formele, geskrewe dissiplinere prosedure in werking.

Hierdie standaard is met In geldigheidsindeks van 3,93 en In minimale standaardafwyking van 0,035 aanvaar. Al die standarde in hierdie afdeling het In hoë geldigheidsindeks verkry en die lae standaardafwykings toon ook In hoë graad van konsensus tussen die respondente (vergelyk tabel 5.15). Daar was telkemale slegs twee (4%) respondente wat nie In gradering van 4,0 aan die betrokke standaard/kriterium toegeken hetnie.

Met die uitsondering van standaard 6.3.2.2c, wat afdankings/verminderingsbeleid vereis en waaraan deur die respondente vanuit die privaatsektor In gradering van slegs 3,68 toegeken is, is daar minimale variasie tussen die

graderings van die respondente in die onderskeie indiensnemingsektore te bespeur.

Hierdie hoë vlak van konsensus wat deur die respondente bereik is weerspieël die belangrikheid van regverdige dissiplinering deur die verpleegadministrateur.

**Tabel 5.15    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.3: personeelbehoud            (N=48)**

Standaard/kriterium		IGI	so	o/s	p/s	Univ
6.3.1	Geskrewe grieweprosedure	3,95	0,029	4,00	3,95	3,90
6.3.3.1a	aanvaar en bekragtig	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.3.3.1b	doel van prosedure verduidelik	3,97	0,021	4,00	4,00	3,91
6.3.3.1c	stappe/fases uiteengesit	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.3.3.1d	keerdatums vir oplossing	3,93	0,035	4,00	3,85	3,94
6.3.3.1e	griewe-kommunikasiestelsel.	3,91	0,050	4,00	3,90	3,83
6.3.3.1f	gesagslyne uiteengesit	4,00	0,000"	4,00	4,00	4,00
6.3.2	dissiplinere prosedure	3,93	0,035	3,95	3,95	3,89
6.3.2.1a	aanvaar en bekragtig	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
6.3.2.1b	geskrewe dissiplinere kode	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
6.3.2.1c	kodedifferensiasie	3,91	0,040	3,95	3,85	3,93
6.3.2.1d	doelstellings van prosedure	3,91	0,040	3,90	3,95	3,88
6.3.2.1e	prosedure duidelik omskryf	3,93	0,035	3,90	3,95	3,94
6.3.2.1f	progressiewe fases omskryf	3,91	0,040	3,90	3,95	3,88
6.3.2.1g	gesag om te dissiplineer	3,93	0,035	3,90	3,95	3,94
6.3.2.1h	behoud vanwaarskuwings op lêer	3,95	0,029	3,90	4,00	3,95
6.3.2.1i	reg om te appelleer	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
6.3.2.1j	samestelling van komitee	3,91	0,040	3,90	3,90	3,93
6.3.2.1k	kommunikasiestelsel	3,91	0,040	3,90	3,90	3,93
6.3.2.2a	geskrewe beleid: demovering	3,85	0,059	3,95	3,70	3,90
6.3.2.2b	geskrewe beleid: ontslag	3,93	0,035	3,95	3,90	3,94
6.3.2.2c	beleid: afdanking/vermindering	3,95	0,029	3,95	3,68	4,00

- IGI = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- so = Standaardafwyking
- O/S = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- p/S = privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- Univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

### Standaard 6.3.3      Kommunikasieprosedure

Die daarstelling van 'n effektiewe kommunikasienetwerk in 'n verpleegdiens is essensieel (Douglass, 1984: 156). Drie standarde, met gepaardgaande vereiste kenmerke, is geformuleer. Die resultate word in tabel 5.16 weergegee.

#### Standaard

Daar is 'n georganiseerde kommunikasiestelsel teenwoordig wat die verpleegpersoneel in staat stel om vrylik te kommunikeer ten einde 'n hoë gehalte verpleging te bevorder.

'n Inhoudsgeldigheidsindeks van 3,97 is aan hierdie standaard toegeken met 'n standaardafwyking van 0,021 deurdat slegs een (2%) respondent nie 'n gradering van vier toegeken het nie.

In hierdie afdeling is twee standarde met 'n relatief lae gemiddelde geldigheidsindeks aanvaar. Standaard 6.3.3.1i, wat vereis dat demokratiese beginsels tydens die verkiesing van komiteelede wat die verpleegkundiges verteenwoordig benut word, is met 'n geldigheidsindeks van 3,58 en 'n standaardafwyking van 0,136 aanvaar. Slegs die respondente vanuit die universiteitsektor het 'n relatief hoë gradering (3,70) aan hierdie standaard toegeken. Die instelling van 'n personeelkomiteestelsel (standaard 6.3.3.2c) is met 'n geldigheidsindeks van 3,54 aanvaar (vergelyk tabel 5.16). Respondente vanuit beide die privaat- en universiteitsektore het hier 'n lae gradering toegeken.

'n Relatief hoë standaardafwyking by standaard 6.3.3.1f, wat handel oor die dokumentering van aanbevelings en voorgestelde aksies, toon dat hierdie standaard moontlik hervalidering benodig. In hierdie geval het die respondente vanuit die openbare sektor die laagste gradering toegeken.

Die resultate is teenstrydig met die hoë aanvaardingsresultate wat by die griewe- en dissiplinere prosedures verkry is (vergelyk tabel 5.14). Die benutting van personeelkomitees word deur Gerber et al. (1987: 348) as 'n belangrike meganisme vir die voorkoming en hantering van personeelgriewe beskou. Die benutting van demokratiese beginsels tydens die verkiesing van komiteelede (standaard 6.3.3.1i) voorkom ook konflik en verbeter die samewerking tussen komiteelede. Die inhoudsgeldigheid van hierdie stan-

daarde is deur die literatuur bevestig.

Doeltreffende kommunikasie lei tot hoër produktiwiteit en 'n hoër gehalte van dienslewering in 'n organisasie (Gerber et al., 1987: 348). Die respondente steun dan ook die meeste standarde in hierdie afdeling (vergelyk tabel 5.16).

#### Standaard 6.3.4 Beroepsgesondheid en veiligheidsprogramme

Swak werknemergesondheid lei tot personeelafwesigheid, in lae vlak van produktiwiteit en 'n swak gehalte verpleging. Die beplanning en implementering van 'n beroepsgesondheidsprogram vir die verpleegpersoneel is dus 'n verantwoordelikeheid wat nie sonder meer "negeer kan word nie. Hierdie standaard bestaan uit vier vereiste kenmerke. Die resultate word, in tabel 5.16 weergegee.

##### Standaard

Daar is 'n formele beroepsgesondheids- en veiligheidsprogram vir die verpleegpersoneel in werking.

Alhoewel hierdie kernstandaard met 'n geldigheidsindeks van 3,79 (standaardafwyking 0,079) aanvaar is, toon sommige ander graderings teenstrydighede met hierdie standaard. " Die aanstelling van verpleegkundige veiligheidsvertegenwoordigers (standaard 6.3.4.4a) is met 'n lae geldigheidsindeks van 3,56 aanvaar. Hierdie standaard is nie deur die respondente vanuit die openbare sektor geldig verklaar nie, op grond van 'n inhoudsgeldigheidsindeks van 3,26. Veiligheidsopleiding (standaard 6.3.4.4e) is met 'n geldigheidsindeks van 3,47 verwerp. Die respondente vanuit sowel die openbare as die privaatsektor het 'n lae gradering van 3,38 en 3,40 onderskeidelik aan hierdie standaard toegeken.

'n Hoë graad van konsensus is egter tussen die respondente bereik betreffende standarde 6.3.4.4b;c;e wat oor personeelongelukke handel (vergelyk tabel 5.16).

Die resultate in hierdie afdeling mag verklaar word vanuit die vermoede dat sommige respondente nie vertrou is met al die bepalinge van die Wet op Masjinerie en Beroepsveiligheid nie.

Robertson (1984: 422) bevestig die belangrikheid van hierdie standaard: "Aspects of environmental and occupational safety will have to be given attention ..."

Tabel 5.16    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.3: persoonheelbehoud    (vervolg)    (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	SO	0/5	p/s	Univ
6.3.3	Kommunikasiestelsel	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.3.3.1a	toepaslike vergaderings	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.3.3.1b	verpleegdiens- of eenheidsvlak	3,83	0,086	3,81	3,85	3,83
6.3.3.1c	doelstellings van vergaderings	3,86	0,079	3,95	3,65	4,00
6.3.3.1d	datum en plek van vergaderings	3,85	0,079	3,76	3,90	3,89
6.3.3.1e	notules van elke vergadering	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
6.3.3.1f	dokumentering van aanbevelings	3,75	0,101	3,61	3,90	3,74
6.3.3.1g	toepaslike komitees aangestel	3,77	0,095	3,85	3,65	3,81
6.3.3.1h	doelstellings/funksies komitees	3,77	0,095	3,85	3,60	3,86
6.3.3.1i	demokratiese beginsels	3,58	0,136	3,52	3,52	3,70
6.3.3.2a	toepaslike omsendbriefstelsel	3,91	0,050	4,00	3,80	3,93
6.3.3.2b	kennisgewingborde	3,97	0,021	3,95	4,00	3,96
6.3.3.2c	personeelkomiteestelsel	3,54	0,136	3,64	3,50	3,50
6.3.4	beroepsgesondheidsprogram	3,79	0,079	3,71	3,80	3,86
6.3.4.1	beroepsgesondheidsbeleid	3,85	0,059	3,76	3,90	3,89
6.3.4.2	program: risiko-prioriteite	3,77	0,085	3,88	3,65	3,85
6.3.4.3	veiligheidskomitee	3,77	0,085	3,57	3,80	3,94
6.3.4.4a	veiligheidsverteenwoordigers	3,56	0,136	3,28	3,80	3,60
6.3.4.4b	personeelongelukke ondersoek	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.3.4.4c	dokumentering van ongelukke	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.3.4.4d	WGV-dokumentasie	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.3.4.4e	veiligheidsopleiding uitgevoer	3,47	0,152	3,38	3,40	3,62

- IGI        Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- SO        = Standaardafwyking
- 0/S        = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- p/s        = Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- Univ        = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- WGV        = Werknernervergoedingsvereniging

### Standaard 6.4        Personeelontwikkeling

Standaarde oor induksie en omlertrering, personeelontwikkelingsprogramme, voortgesette onderwys en personeelevaluering is in hierdie afdeling geformuleer. Die resultate word in tabelle 5.17 en 5.18 uiteengesit.

## Standaard 6.4.1 Induksie en oriëntering

### Standaard

Daar is formele induksie- en oriënteringsprogramme, van doeltreffende tydsduur en inhoud in werking, vir alle nuwe verpleegpersoneel om hulle vir hul nuwe werk en spesifieke pligte en verantwoordelikhede voor te berei.

In Hoë mate van konsensus is met die validering van hierdie standaard bereik, wat in geldigheidsindeks van 3,95 (standaardafwyking 0,029) reflekteer. Met die uitsondering van twee standarde het die respondente in hoë graad van konsensus oor en tevredenheid met hierdie standarde getoon (vergelyk tabel 5.17).

Standaard 6.4.1.1h, wat vereis dat die personeelontwikkelingstelsel loopbaangeleenthede tydens induksie aan nuwe personeel uitgelig word, is met in geldigheidsindeks van 3,39 (standaardafwyking 0,165) as onrealisties bestempel (vergelyk tabel 5.17). Kramer & Schmalenberg (1988b: 12) bevind in in studie wat oor die eienskappe van sogenaamde magneethospitale in die Verenigde State van Amerika handel, dat die verpleegpersoneel juis geborgenheid beleef indien hulle goed ingelig word betreffende die loopbaanmoontlikhede en die personeelontwikkelingstelsel in die hospitaal. Gerber et al (1987: 189) ondersteun hierdie beginsel en is van mening dat dit in die induksieprogram aangespreek moet word. Die inhoudgeldigheid word dus deur die literatuur bevestig.

In Verduideliking van die beroepsgesondheids- en veiligheidstelsel aan nuwe personeel (standaard 6.4.1.1i) is met in relatief lae geldigheidsindeks van 3,60 aanvaar. Hierdie resultaat stem ooreen met die lae graad van konsensus wat tussen die respondente by standaard 6.3.4, wat oor beroepsgesondheid en veiligheidsprogramme handel (vergelyk tabel 5:16), bereik is.

## Standaard 6.4.2 Personeelontwikkelingsprogramme

### Standaard

Daar is in deurlopende en geformaliseerde personeelontwikkelingsprogram in werking, ontwerp om die verpleegpersoneel se kennis van nuwe ontwikkeling in pasiëntsorg uit te brei en om huidige vaardighede te handhaaf.



Hierdie standaard is deur die meeste respondente met 'n geldigheidsindeks van 3,93 (standaardafwyking 0,046) aanvaar. Behalwe vir standaard 6.4.2.4, wat vereis dat die personeelontwikkelingsprogramme periodiek deur die verantwoordelike persoon/komitee geëvalueer en daarvolgens op datum gebring moet word en wat 'n redelike hoë standaardafwyking (0,091) toon, is al die ander standaarde in hierdie afdeling met 'n relatief hoë graad van konsensus deur die respondente aanvaar (vergelyk tabel 5.17). Dit is interessant om daarop te let dat die respondente vanuit die universiteitsektor 'n lae gradering (3,56) aan standaard 6.4.2.4 (periodieke evaluering en hersiening van personeelontwikkelingsprogramme) toegeken het.

uit die voorafgaande kan die afleiding dus gemaak word dat die respondente personeelontwikkeling as 'n belangrike komponent van personeelbestuur, wat 'n invloed op die gehalte van verpleging kan hê, sien. Kramer & Schmalenberg (1988b: 15) bevind in 'n studie dat personeelontwikkeling as 'n belangrike eienskap van magneethospitale gereken word en bydra tot " ... regular innovation and avoiding calcification. "

Tabel 5.17 Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.4: personeelontwikkeling (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	so	o/s	pis	Univ
6.4.1	Induksie en oriëntering	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
6.4.1.1a	oorsig van organisasie	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.4.1.1b	voorstelling aan hoofde	3,97	0,021	3,95	4,00	3,96
6.4.1.1c	oorsig: filosofie/missie	3,93	0,035	3,95	3,90	3,94
6.4.1.1d	oorsig: beleidjprosedures	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.4.1.1e	vergoedingjdiensvoorwaardes	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.4.1.1f	posbeskrywing/verwagtinge	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.4.1.1g	griewe/dissiplinere prosedures	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.4.1.1h	personeelontwikkeling/loopbaan	3,39	0,165	3,14	3,45	3,58
6.4.1.1i	beroepsgesondheid/veiligheid	3,60	0,125	3,71	3,50	3,59
6.4.1.2	induksieprogram in eerste week	3,93	0,035	4,00	3,85	3,94
6.4.1.3a	eenheid se doelstellings	3,87	0,071	3,85	3,85	3,91
6.4.1.3b	verantwoordelikhede en pligte	3,87	0,040	3,95	3,85	3,81
6.4.1.3c	eenheidsbeleid/prosedures	3,91	0,050	3,90	3,90	3,93
6.4.1.3d	voorstelling aan kollegas	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.4.1.4	rarnplanne: hospitaaljeenheid	3,89	0,068	3,90	3,85	3,92
6.4.1.5	jaarlikse evaluering/hersiening	3,93	0,035	3,95	3,90	3,94
6.4.1.6	rekordhouding	3,91	0,040	3,90	3,90	3,93
6.4.2	personeelontwikkelingsprogram	3,93	0,046	4,00	4,00	3,79
6.4.2.1	personeelontwikkelingsbeleid	3,83	0,054	3,90	3,95	3,64
6.4.2.2	program vir alle kategorieë	3,89	0,045	3,90	3,75	4,00
6.4.2.3	inhoud volgens behoeftes	3,89	0,061	3,85	3,90	3,92
6.4.2.4	periodieke evaluering/hersienig	3,77	0,091	3,90	3,85	3,56
6.4.2.5	rekordhouding	3,79	0,099	3,76	3,70	3,91
6.4.2.6	opvoedkundige/kliniese kenrris "	3,93	0,046	3,85	3,95	3,98
6.4.2.7	risiko/probleemverwante opleiding	3,91	0,050	3,90	3,85	3,98

IGI = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

so = standaardafwyking

O/S = openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

pis = privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

Univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

### Standaard 6.4.3 Voortgesette onderwys

#### Standaard

Voortgesette onderwys word deur die Verpleegadministrateur gefasiliteer en bevorder.

Slegs een (2%) respondent het 'n gradering van 3,0 aan hierdie standaard toegeken met 'n gevolglike geldigheidsindeks van 3,91 en 'n standaardafwyking van 0,021. Standaard 6.4.3.2, wat vereis dat daar 'n stelsel van studie-verlofvoordele vir verpleegpersoneel is wat die spesifieke personeelbehoefte, soos deur die posklassifikasie en die bepaling van werkindeks gereflekteer, kan akkommodeer, is met 'n geldigheidsindeks van 3,66 en 'n relatief hoë standaardafwyking van 0,091 aanvaar wat 'n lae vlak van konsensus tussen die respondente toon (vergelyk tabel 5.18). Hierdie standaard het meer byval by die respondente vanuit die openbare sektor gevind wat 'n hoër gradering, naamlik 3,81 daaraan toegeken het.

Al die standarde in hierdie afdeling is met 'n relatief hoë graad van konsensus tussen die respondente van die onderskeie indiensnemingsektore aanvaar.

#### standaard 6.4.4 Personeelevaluering

##### Standaard

Daar is 'n formele personeelevalueringstelsel vir alle verpleegpersoneel in werking.

Hierdie standaard is met 'n geldigheidsindeks van 3,95 aanvaar. Die ander standarde in hierdie afdeling is ook met 'n relatief hoë graad van konsensus tussen die respondente aanvaar. Daar was egter 'n mate van variasie in standaard 6.4.4.5 (meriete-vergoeding) te bespeur wat moontlik toegeskryf kan word aan die feit dat hierdie stelsel nie algemeen in privaathospitale toegepas word nie (vergelyk tabel 5.18). Dit is egter opmerklik dat die respondente vanuit die openbare sektor 'n laer gradering, naamlik 3,71 aan hierdie standaard toegeken het.

Personeelevaluering is 'n integrale komponent van personeelontwikkeling. Gedurende die evalueringsproses word werkverrigtingtekortkominge gidentifiseer en personeelontwikkelingsprogramme daarvolgens ingestel (Carrell & Kuzmits, 1986: 15). Dit wil dus voorkom asof die respondente hierdie beginsel steun.

Tabel 5.18    Verspreiding van valideringsresultate, standaard  
6.4:    personeelontwikkeling    (vervolg)    (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	SD	o/s	pIs	Univ
6.4.3	Fasilitering en bevordering	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.4.3.1	toepaslike voortgesette program	3,91	0,050	3,90	3,95	3,88
6.4.3.2	studieverlofvoordele	3,66	0,091	3,81	3,60	3,57
6.4.3.3	terugvoeringstelsel	3,87	0,048	3,90	3,80	3,91
6.4.4	personeelevalueringstelsel	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
6.4.4.1	geskrewe beleid	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
6.4.4.2	proeftydperk en neergelegde tye	3,93	0,035	3,95	3,90	3,94
6.4.4.3	ten minste jaarliks	3,87	0,057	3,85	3,90	3,86
6.4.4.4a	geldige evalueringsekriteria	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
6.4.4.4b	onmiddellike toesighouer	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.4.4.4c	praktiese instrument	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.4.4.4d	deur werknemer gesien	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.4.4.4e	remedieringsprogram	3,91	0,040	4,00	3,80	3,93
6.4.4.5	meriete-vergoeding	3,75	0,070	3,71	3,75	3,79

IGI    =    somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
SD    =    standaardafwyking  
O/S    =    Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
pIs    =    Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
Univ    =    Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

Standaard 6.5            Personeelrekords en -statistieke

Standaard  
Personeelrekords en -statistieke word deur die Verpleeg-  
administrateur bygehou en jaarliks ge-analiseer.

Hierdie kernstandaard is met In geldigheidsindeks van 3,97 aanvaar. Die standaarde wat handel oor die aard van rekord-houding toon egter In hoër graad van variasie tussen die respondente. Beide die standaarde wat handel oor gesond-neidsrekordhouding (standaarde 6.5.1b en 6.5.3a) is met In relatief lae geldigheidsindeks van onderskeidelik 3,52 en 3,54 aanvaar. Standaard 6.5.3a, wat vereis dat personeel-statistieke betreffende gesondheid bygehou moet word, is nie deur die respondente vanuit die privaatsektor (inhouds-geldigheidsindeks van 3,40) aanvaar nie.

Al die ander standaarde in hierdie afdeling is met In hoë graad van konsensus tussen die respondente vanuit die onderskeie indiensnemingsektore aanvaar (vergeelyk tabel 5.19).

Tabel 5.19    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.5:    personeelrekords en -statistieke                    (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	SO	<i>Dis</i>	<i>pis</i>	Univ
6.5	Jaarlikse statistieke	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.5.1a	aansoek- en aanstellingsdokumente	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.5.1b	gesondheidsrekord(s) bygehou	3,52	0,146	3,50	3,50	3,56
6.5.1e	personeelontwikkelingsbywoning	3,87	0,071	4,00	3,70	3,91
6.5.1d	personeelevalueringsverslae	3,91	0,065	4,00	3,80	3,93
6.5.1e	kwalifikasies/lidmaatskap	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.5.2	veilige en etiese beheer	3,97	0,021	4,00	3,91	4,00
6.5.3a	personeelstatistieke: gesondheid	3,54	0,126	3,52	3,40	3,70
6.5.3b	berading en dissiplinere aksies	3,93	0,035	3,90	3,95	3,94
6.5.3e	ongelukke en insidentverslae	3,97	0,021	3,95	4,00	3,96
6.5.3d	afwesigheids- en siekverlof	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
6.5.3e	personeelomset	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
6.5.3f	bewys van opleiding	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96

- IGI = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- SO = Standaardafwyking
- Dis* = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- pis* = Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- Univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

### Standaard 6.6            Personeelidentifikasie

Standaarde oor hierdie afdeling is op aandrang van verpleeg-administrateurs in privaathospitale opgestel en reflekteer die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging se regulasies.

#### Standaard

Alle verpleegpersoneel dra uniforms en kentekens volgens die spesifikasies van' Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

Hierdie standaard, asook die gepaardgaande kriteria, is met hoë geldigheidsindeksbepalings aanvaar (vergelyk tabel 5.20).

Tabel 5.20    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 6.6: personeelidentifikasie.    (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	SD	<i>ols</i>	<i>p/s</i>	Univ
6.6	SARV-spesifikasies	3,93	0,063	3,78	4,00	4,00
6.6.1	professionele en sub-professionele	3,95	0,042	4,00	4,00	3,95
6.6.2	SARV-uniformregulasies	3,93	0,063	4,00	3,85	3,94

IGI    =    somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
SD    =    Standaardafwyking  
*ols*    =    Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
*p/s*    =    Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
Univ    =    Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
SARV    =    Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging

### 5.7.4.7    Verpleegdiensstandaard 7: Wetenskaplike metode van verpleging

Die verpleegkundige wat in suid-Afrika praktiseer is aanspreeklik vir die lewering van in hoë gehalte verpleging. Die professionele verantwoordelikhede word in die regulasies betreffende die bestek van praktyk van persone wat kragtens die Wet op Verpleging, 1978, geregistreer of ingeskryf is, uiteengesit (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, 1984). Hierdie regulasie vereis dat die verpleegkundige in wetenskaplike metode van verpleging toepas. Die kernstandaard is met tien vereiste kenmerke aangevul en vir validering voorgelê. Hierdie valideringsresultate word in tabel 5.21 weer-gegee.

standaard

Die wetenskaplike metode van verpleging word benut aan die hand van 'n dokumentasiesistelsel wat die wetenskaplike metode van verpleging, in ooreenstemming met die bestek van praktyk van geregistreerde verpleegkundiges (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, R2598) reflekteer.

Hierdie kernstandaard is met 'n geldigheidsindeks van 3,91 en 'n standaardafwyking van 0,065 aanvaar. Enkele standarde in hierdie afdeling is met relatief lae geldigheidsindeksbepalings aanvaar terwyl die ander standarde met relatief hoë geldigheidsindeksbepalings aanvaar is (vergelyk tabel 5.21).

Standaard 7.2, wat vereis dat elke pasiënt se verpleegbehoefte tydens opname, of binne 'n tydperk soos deur die verpleegdiens bepaal, deur 'n geregistreerde verpleegkundige beraam word, is met 'n geldigheidsindeks van 3,58 en 'n lae graad van konsensus tussen die respondente (standaardafwyking 0,118) aanvaar. Hierdie resultaat kan moontlik toegeskryf word aan die tekort aan geregistreerde verpleegkundiges wat die gesondheidsdienste tans er-vaar wat die uitvoering van hierdie standaard in die praktyk onrealisties maak. Hierdie resultate stem ook ooreen met die valideringsresultate van standarde 6.2.4.3 en 6.2.4.5 (vergelyk tabel 5.14) waar 'n tekort aan geregistreerde verpleegkundiges ook moontlik 'n onderliggende probleem kan wees. Dit is egter opmerklik dat die respondente vanuit die privaatsektor, wat hoofsaaklik van geregistreerde verpleegkundiges gebruik maak, die hoogste gradering aan hierdie standaard, naamlik 3,70 toegeken het.

Dit is interessant om daarop te let dat standaard 7.3c, wat vereis dat die verpleegplan gedokumenteerd is en huidige standarde van verpleegpraktyk moet reflekteer, 'n relatief hoë geldigheidsindeks van 3,81 behaal het. Die opstel van volledige verpleegsorgplanne is nog nie voldoende in privaathospitale in gebruik nie en die gehaltesdokumentering van verpleegtussentrede in sommige privaathospitale toon tans groot leemtes, soos bevind in 'n studie deur Booyens & Uys (1989: 26). Die respondente vanuit die privaatsektor het ook die laagste gradering (3,75) aan hierdie standaard toegeken.

Die evaluering van doelbereiking (standaard 7.7) is ook deur die respondente as minder realisties, met 'n geldigheidsindeks van 3,64 beskou. Die graderings deur respondente vanuit die openbare (3,57) en privaatsektore (3,60) stem grootliks ooreen, terwyl die respondente vanuit die universiteitsektor 'n gradering (3,75) aan hierdie standaard toegeken het.

Die respondente toon ook 'n hoë mate van variasie (standaardafwyking 0,151) by standaard 7.6, wat vereis dat pre-ontslagbeplanning pasiëntonderrigdoelwitte moet insluit (vergelyk tabel 15). Die respondente vanuit die universiteitsektor het 'n gradering van 4,0 aan hierdie standaard toegeken teenoor die respondente vanuit die openbare en privaatsektore wat elk 'n gradering van 3,58 aan hierdie standaard toegeken het. In Studie deur Uys et al. (1988b: 42-43) bevestig dat pre-ontslagonderrig in geselekteerde hospitale nie na wense was nie.

Behalwe vir die genoemde twee standaarde (standaard 7.2 en 7.6) toon die respondente 'n hoë mate van konsensus en beskou wetenskaplikheid dus as 'n belangrike aanwyser van 'n hoëgehalte verpleging.



Tabel 5.21    Verspreiding van valideringsresultate, standaard 7:    wetenskaplike metode van verpleging    (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	so	o/s	pis	Univ
7	Wetenskaplike metode van verpleging	3,91	0,065	4,00	3,80	3,93
7.1	benutting/dokumentering van stappe	3,89	0,045	3,95	3,80	3,92
7.2	verpleegbehoeftes deur g/v beraam	3,58	0,118	3,50	3,70	3,54
7.3a	beraming en mediese terapie	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
7.3b	bepanning en tussentredes	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
7.3c	plan: dokumentering/standaarde	3,81	0,064	3,81	3,75	3,87
7.4	implementering: g/v hou toesig	3,93	0,046	4,00	3,85	3,94
7.5a	pasientbehoeftes aangespreek	3,85	0,067	3,85	3,80	3,90
7.5b	dokumentering: alle tussentredes	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
7.6	pre-ontslagbeplanning: onderrig	3,72	0,151	3,58	3,58	4,00
7.7	evaluering van doelbereiking	3,64	0,113	3,57	3,60	3,75
7.8	ontslagte/oorplasings: beleid	3,97	0,021	4,00	4,00	3,91
7.9	wetlike dokumenteringsbeginsels	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
7.10a	prosedure-handleidings	3,83	0,069	3,76	3,85	3,88
7.10b	meesterstelle: VPA-kantoor	3,81	0,088	3,66	3,90	3,87
7.10c	handleidings: toepaslike hersiening	3,89	0,074	3,90	3,85	3,92
7.10d	handleidings: verwysingstelsels	3,93	0,035	4,00	3,85	3,94

IGI    -    somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
so    =    standaardafwyking  
O/S    =    Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
pis    =    privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
Univ    =    Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks  
G/V    =    Geregistreerde verpleegkundige  
VPA    =    Verpleegadministrateur

#### 5.7.4.8    Verpleegdiensstandaard 8:    Rampplan

In Goedbeplande rampplan dra by tot In hoë gehalte verpleging tydens In ramp of onvoorsiene gebeurtenis. Hierdie standaard is in sewe verskillende substandaarde (vereiste kenmerke)    verdeel.

standaard  
Daar is In hospitaalrampplan wat die rol van die verpleegdiens in die plan reflekteer.

Slegs een (2%) respondent het In gradering van 3,0 aan hierdie standaard toegeken met In gevolglike hoë graad van konsensus (standaardafwyking 0,021) tussen die respondente (inhoudsgeldigheidsindeks 3,97). Al die standarde in hierdie afdeling is ook voorts met In relatief hoë graad van konsensusen geldigheidsindeksbepalings'aanvaar (vergeelyk tabel 5.22). nit is opmerklik dat die respondente vanuit die openbare sektor, wat meer ervaring in hierdie bestuurspraktyk het, telkens In hoër gradering (met die uitsondering van standaard 8.5, wat handel oor indiensopleidingsprogramme betreffende die rampplan), aan die onderskeie standarde toegeken het.

Tabel 5.22 Verspreiding van valideringsresultate, standaard 8: rampplan (N=48)

Standaard/kriterium		IGI	SD	o/s	pis	Univ
8	Hospitaalrampplan	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
8.1a	elektriese falingsplan	3,91	0,065	3,95	3,85	3,93
8.1b	vuur/ontruimingsplan	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
8.1e	bomdreigementplan'	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
8.1d	verpleeggebeurlikheidsplan	3,83	0,054	3,90	3,75	3,84
8.1e	noodtoerusting/-voorradeplan	3,85	0,079	3,95	3,70	3,90
8.2	kommunikasienetwerk	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
8.3	onderafdeling ,van hospitaalplan	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
8.4a	afskrif in VPA se kantoor	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
8.4b	afskrif in verpleegeenhede	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
8.5	indiensopleidingsprogramme	3,85	0,059	3,81	3,85	3,89
8.6	induksieprogramme ingesluit	3,95	-0,029	3,95	3,95	3,95
8.7	gereelde evaluering/hersiening	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95

IGI = somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

SD = Standaardafwyking

o/s = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

p/S = Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

Univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

VPA = Verpleegadministrateur

#### 5.7.4.9 Verpleegdiensstandaard 9: Gehalteversekeringsprogramme

Een van die kenmerke van professionalisme is die strewe na Toortreflikheid. Dit vereis In goed beplande gehalteversekeringsprogram waarvolgens die gehalte van verpleging in 'n privaathospitaal gemoniteer en voortdurend verbeter kan word. Behalwe die kernstandaard is dertien verskillende substandaarde (vereiste kenmerke) opgestel en vir validering voorgele. Die resultate word in tabel 5.23 weergegegee.

standaard

naar is 'n geformaliseerde verpleegkundige gehalteversekeringsprogram teenwoordig.

Hierdie kernstandaard is met In geldigheidsindeks van 3,93 en 'n lae standaardafwyking van 0,035 aanvaar.

Alhoewel die respondente 'n gehalteversekeringskomitee (standaard 9.3a) as noodsaaklik beskou (geldigheidsindeks 3,81) is die aanstelling van In gehalteversekeringskoördineerder (standaard 9.3b) met In geldigheidsindeks van 3,66 en 'n hoë mate van variasie tussen die respondente (standaardafwyking 0,117), nie as In baie realistiese standaard beskou nie (vergelyk tabel 5.23). Dit is veral die respondente vanuit die privaatsektor, met In inhoudsgeldigheidsindeks van 3,52 wat hierdie standaard as minder realisties beskou.

Dit is opmerklik dat die respondente vanuit die openbare sektor standaard 9.4.g, wat vereis dat probleemgerigte evaluering studies in die gehalteversekeringsprogram ingesluit moet word, 'n laer gradering (3,66) as die ander respondente aan hierdie standaard toegeken het.

veelnemende besluitneming deur die eenheidsbestuurders vir gehalteversekeringsaktiwiteite, soos in standaard 9.5b gereflakteer word, is met In geldigheidsindeks van 3,62 aanvaar en die standaardafwyking van 0,125 toon die lae graad van konsensus tussen die respondente betreffende hierdie standaard (vergelyk tabel 5.23). Die respondente vanuit die privaatsektor het hierdie standaard met In inhoudsgeldigheidsindeks van 3,48 as minder realisties uitgelig.

Standaard 9.6a wat handel oor personeeëvaluering, het bykans dieselfde geldigheidsindeks verkry as standaard 6.4.4 (vergelyk tabel 5.18), wat ook oor personeeëvaluering handel, wat dui op konsekwentheid van die respondente in die validering van hierdie standaarde.

Dit is opmerklik dat die jaarlikse oUditering van verpleegrekords (standaard 9.6b) met 'n geldigheidsindeks van 3,41 as standaard afgekeur word teenoor die evaluering van die gehalte van verpleging by wyse van pasienttevredenheidstudies wat met 'n geldigheidsindeks van 3,95 (standaardafwyking 0,029) as 'n evalueringsmetode aanvaar is (vergelyk bylae sewe, standaard 9.6b). Die ooudlterLnq van verpleegrekords (standaard 9.6b) is slegs deur die respondente vanuit die privaatsektor, met 'n inhoudsgeldigheidsindeks van 3,0 as onrealisties bestempel. Dit kan moontlik verklaar word vanweë die feit dat die verpleegadministrateurs in privaathospitale minder vertrouwd is met die ouditeringsproses terwyl pasienttevredenheidstudies meer algemeen uitgevoer word.

Sekere studies het al bewys dat pasiënttevredenheid nie die enigste wyse is waarop betroubare gegewens betreffende die gehalte van verpleging in 'n hospitaal beoordeel kan word nie (Muller, 1986: 159-160; Vermaak, 1981: 25-30). King (1981: 15) bevestig dat pasienttevredenheidstudies in kombinasie met ander evalueringsmetodes gebruik behoort te word ten einde geldige resultate te verseker. Booyens (1987: 220) beveel ook gereelde oUditering van verpleegdokumentasie aan.

Die meeste van die huidige internasionale evalueringsinstrumente is gedeeltelik op die ouditering van rekords gebaseer (Wright, 1984: 461). Die oUditering van rekords vorm ook, volgens Gillies (1982: 410), 'n belangrike komponent van die gehalteversekeringsprogram. Die inhoudsgeldigheid van hierdie standaarde is dus deur die literatuur bevestig.

Die analisering van gehalteversekeringsstatistieke (standaard 9.10) is met 'n geldigheidsindeks van 3,27 (standaardafwyking 0,170) verwerp. Dit is opmerklik dat die respondente vanuit die universiteitsektor hierdie standaard wel aanvaar het.

Die jaarlikse beoordeling van die vlak/graad van gehalteverbetering in die organisasie, soos in standaard 9.13f vereis word, is ook met 'n geldigheidsindeks van 3,39 deur die respondente as onrealisties beskou (vergelyk tabel 5.23). Hierdie resultate kan moontlik toegeskryf word aan die respondente se onvertroudheid met die ontwerp en implementering van gehalteversekeringsprogramme in hospitale. Dit is egter insiggewend dat die respondente vanuit die openbare sektor hierdie standaard, met 'n inhoudsgeldigheidsindeks van 3,61 wel aanvaar het; terwyl selfs die respondente vanuit die universiteitsektor van mening was dat die standaard minder realisties is (inhoudsgeldigheidsindeks van 3,41).

Alhoewel die formalisering van gehalteversekering, veral in privaathospitale, nog nie die nodige momentum gekry het nie is die meerderheid standarde in hierdie afdeling met relatief hoë geldigheidsindeksbepalings deur die respondente aanvaar.

**Tabel 5.23    Verspreiding van valideringsresultate, standaard  
9:    gehalteversekeringsprogramme    (N=48)**

Standaard/kriterium		IGI	SO	o/5	<i>pls</i>	Univ
9	Gehalteversekeringsprogram	3,93	0,035	4,00	3,85	3,94
9.1	gehalteversekeringsbeleid	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
9.2	VPA-verantwoordalikhaid	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
9.3a	gehalteversekeringskomitee: VPA	3,81	0,088	3,81	3,75	3,87
9.3b	gehalteversekeringskoBrdineerder	3,66	0,117	3,81	3,52	3,65
9.3c	personeelontwikkelingsdepartement	3,77	0,085	3,76	3,70	3,85
9.3d	eenheidsbestuurders	3,81	0,082	3,81	3,75	3,87
9.4a	waardes/filosofie	3,87	0,048	3,90	3,80	3,91
9.4b	gehalteversekeringsbeleid	3,95	0,029	3,95	3,95	3,95
9.4c	bepaling van prioriteite	3,97	0,021	4,00	3,95	3,96
9.4d	formulering van doelstellings	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
9.4e	programbeplanning: prioriteite	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
9.4f	opleiding van personeel	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
9.4g	probleemgerigte evalueringstudies	3,77	0,095	3,66	3,90	3,75
9.4h	ontwerp van verslaggewingstelsels	3,87	0,071	3,85	3,85	3,91
9.4i	formulering van geldige standaarde	3,89	0,068	3,81	3,95	3,91
9.4j	omskrywing van gesagslyne	3,81	0,097	3,81	3,80	3,82
9.5a	personeelontwikkelingsprogram	3,93	0,035	4,00	3,90	3,89
9.5b	deelnemende besluitneming	3,62	0,125	3,76	3,48	3,65
9.50	voorbereidingsprogramme	3,93	0,035	3,95	3,95	3,89
9.6a	personeelevaluering	3,93	0,063	3,85	4,00	3,94
9.6b	jaarlikse ouditering van rekords	3,41	0,154	3,61	3,00	3,62
9.60	pasient tevredenheidstudies	3,95	0,029	4,00	3,90	3,95
9.6d	hoë risikobeheer	3,95	0,029	3,90	4,00	3,95
9.6e	insidentrapportering	4,00	0,000	4,00	4,00	4,00
9.7	"realistiese aktiwiteite: behoeftes	3,83	0,075	3,90	3,75	3,84
9.8	ouditinstrument: standaarde	3,85	0,079	3,90	3,75	3,90
9.9	remedierende aksies	3,79	0,066	3,81	3,70	3,86
9.10	analisering van statistieke	3,27	0,170	3,23	3,05	3,53
9.11	aksies geneem en beoordeel	3,93	0,035	3,95	3,90	3,94
9.12	dokumentering van aksies	3,87	0,057	3,95	3,75	3,91
9.13a	bereiking van doelstellings	3,89	0,045	3,95	3,80	3,92
9.13b	inhoud van program	3,93	0,035	3,95	3,90	3,94
9.13c	sukses van onderrigprogram	3,87	0,048	3,85	3,90	3,86
9.13d	monitering- en evalueringstelsel	3,87	0,057	3,90	3,80	3,91
9.13e	kommunikasiestelsel	3,89	0,045	3,95	3,80	3,92
9.13f	vlak/graad van gehalteverbetering	3,39	0,154	3,61	3,15	3,41

IGI = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

SO = Standaardafwyking

o/5 = Openbare sektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

*pls* = Privaatsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

Univ = Universiteitsektor gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks

VPA Verpleegadministrateur

5.8 Faktore wat die resultate betekenisvol beïnvloed het

Alhoewel die respondente se domeinkundigheid deur hul professionele en akademiese kwalifikasies, asook die omvang van hul bestuurservaring bevestig is, is dit moontlik dat sekere faktore in invloed op die validering van die standaard kon gehad het. Die respondent se pos, die indiensnemingsektor, provinsie van indiensneming en hospitaal-grootte, is as moontlike faktore geïdentifiseer (onafhanklike veranderlikes) en die inhoudsgeldigheidsindeks as afhanklike veranderlike. As gevolg van die klein frekwensie (N=48) kon in veelvuldige regressie-analise nie uitgevoer word nie,

In Somtotaal van die gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van elke standaard en gepaardgaande kriteria is bereken en na in totale gemiddeld per kategorie standaard verwerk, Hierdie gemiddelde inhoudsgeldigheidswaardes word in tabel 5.24 weergegee.

Tabel 5.24            verspreiding van die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks volgens die kategorie standaarde

Standaard	Gemiddelde IGI-waarde			
	Som	O/S	p/S	Univ
Georganiseerde verpleegdiens	3,84	3,79	3,88	3,84
Filosofie	3,86	3,95	3,87	3,77
Doelstellings en doelwitte	3,76	3,68	3,81	3,79
Beleid	3,80	3,86	3,73	3,82
Werkladingindeks	3,75	3,81	3,66	3,79
Personeelbestuur	3,85	3,85	3,84	3,87
Wetenskaplike metode	3,85	3,84	3,83	3,89
Rampplan	3,94	3,96	3,91	3,94
Gehalteversekering	3,84	3,87	3,78	3,86

- IGI = Inhoudsgeldigheidsindeks
- Som = Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks
- O/S = Openbare sektor
- pis = Privaatsektor
- Univ = Universiteitsektor

Vergelykings van hierdie gemiddelde waardes is volgens die gekose faktore uitgevoer. Die betekenisvolheid van verskille is, waar van toepassing, deur middel van In Chi-kwadraat korrelasiekoëffisiënt bereken. Hierdie resultate word kortliks bespreek en in figure 5.15 tot 5.18 weergegee.

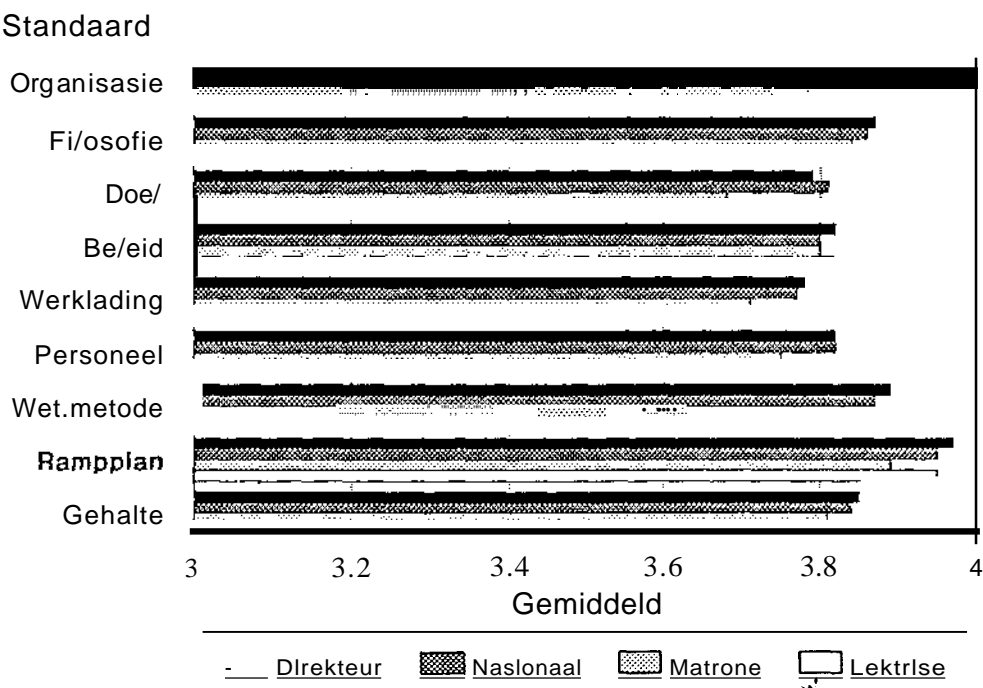
a) pos van respondente (valideerders)

Die standaard is deur drie verpleeghoofde (of afgevaardigdes), twee nasionale of streeksverpleegadministrateurs, vyf-en-dertig verpleegadministrateurs in bevel van hospitale en agt universiteitslektreses gevalideer (vergelyk figuur 5.7).

Die gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks wat deur die onderskeie groepe toegeken is, toon In minimale variasie (vergelyk figuur-5.15). Die verpleegadministrateurs (matrones) het egter deurgaans aan elke kategorie standaard In laer gradering as die ander respondente toegeken, veral betreffende standaard drie, wat oor doelstellings en doelwitte gehandel het. Op grond van die lae frekwensiewaardes van die verpleeghoofde (N=3), nasionale of streeksverpleegadministrateurs (N=2) en universiteitslektreses (N=8), kon In Chi-kwadraattoets nie betroubare resultate gee nie. Die afleiding kan egter gemaak word dat die pos van die valideerder geen invloed op die valideringsresultate gehad het nie.



Figuur 5.15      Verspreiding van valideringsresultate sods  
deur die-respondente se pos beinvloed (N=48)

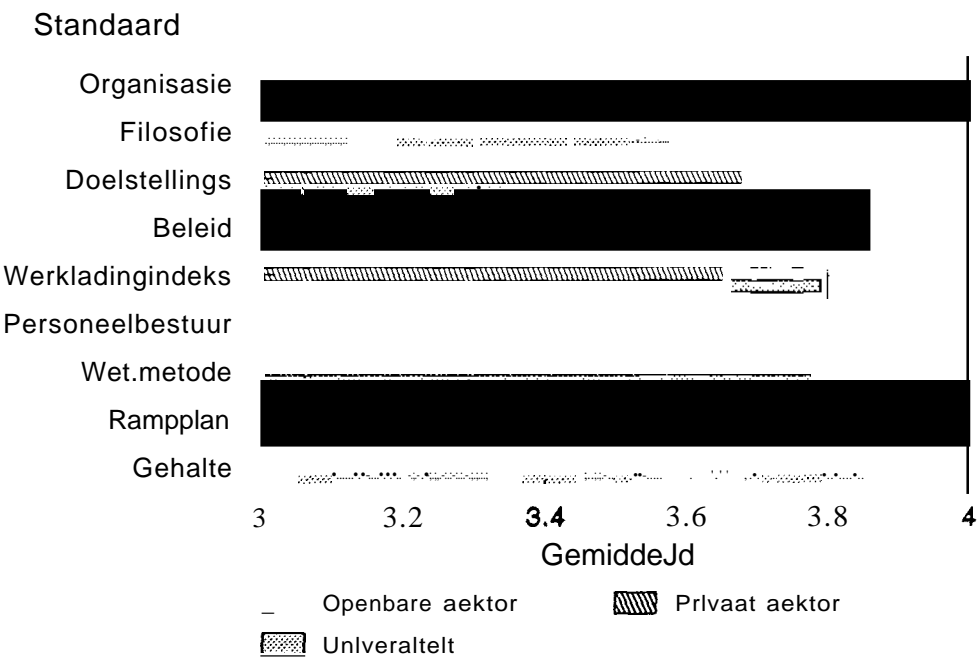


b)      Indiensnemingsektor

Beide die openbare en privaatsektore is deur twintig respon-  
dente verteenwoordig terwyl die universiteite deur agt res-  
pondente verteenwoordig is (vergelyk figuur 5.8). Die  
respondente vanuit die privaatsektor het in hierdie afdeling  
'n laer gradering aan die standaarde, wat handel oor beleid,  
die bepaling van werkladingindeks en gehalteversekering  
toegeken (vergelyk figuur 5.16). Dit is opmerklik dat die  
respondente uit die openbare sektor 'n laer gradering aan  
die standaarde, wat oor georganiseerde verpleegdiens en  
doelstellings en beleid handel, toegeken het. Die valideer-  
ders vanuit die universiteitsektor daarteenoor, het in  
verrassende laer gradering aan die filosofiestandaard toe-  
geken.

Die variasie in hierdie afdeling was egter ook minimaal soos deur die Chi-kwadraat korrelasiekoëffisient bevestig ( $p=0,8979$ ). Lynn (1986: 384) beveel 'n korrelasiekoëffisient van ten minste 0,80 aan wanneer tien of meer kundiges benut word om die inhoudsgeldigheid van 'n instrument te endosseer.

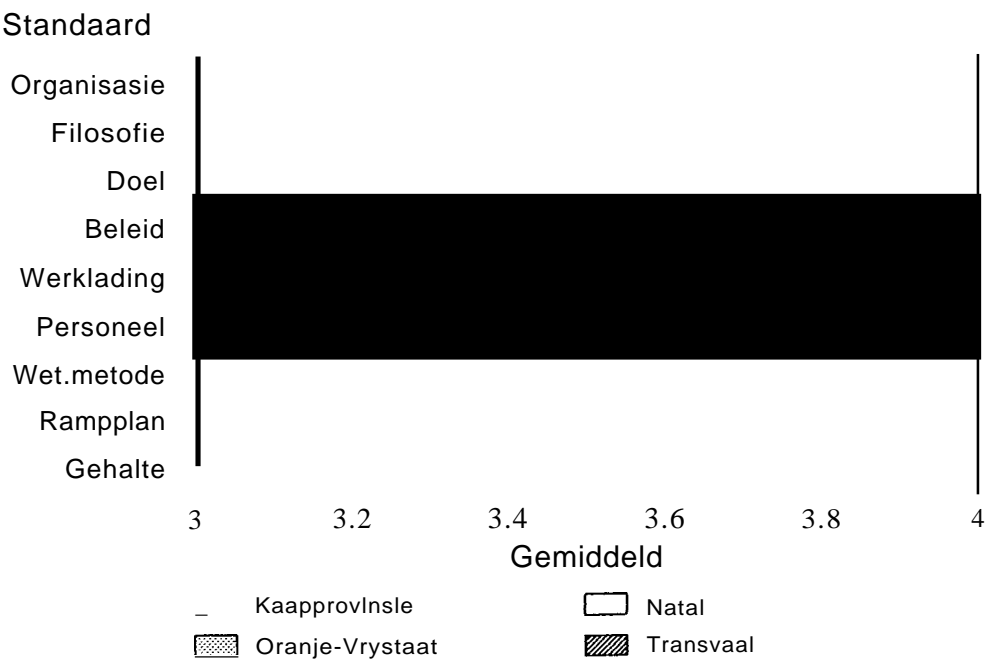
**Figuur 5.16      Verspreiding van valideringsresultate soos deur die respondente se indiensnemingsektor betrekke (N=48)**



c) Provinsie van indiensneming

Die meeste respondente (57%) was werksaam in Transvaal gevolg deur die Kaapprovinsie (29%), Natal (8%) en die Oranje-Vrystaat (6%) soos infiguur 5.9 gereflekteer word. Dit wilvoorkom asof die respondente wat die Oranje-Vrystaat verteenwoordig het hoër eise as die ander provinsiale respondente stele Die variasie was egter deurgaans minimaal (vergelyk figuur 5.17). Op grond van die klein frekwensle van respondente wat die Oranje-Vrystaat (N=3) en Natal (N=4) verteenwoordig het, is slegs Transvaal en die Kaapprovinsie as veranderlikes gebruik in die statistiese verwerking van die betekenisvolheid van die verskille. Die Chi-kwadraat korrelasiekoëffisient bevestig die hoë graad van konsensus tussen hierdie respondente ( $p=0,9125$ ).

Figuur 5.17      Verspreiding van valideringsresultate soos deur die respondente se provinsie van indiensneming beïnvloed (N=481).

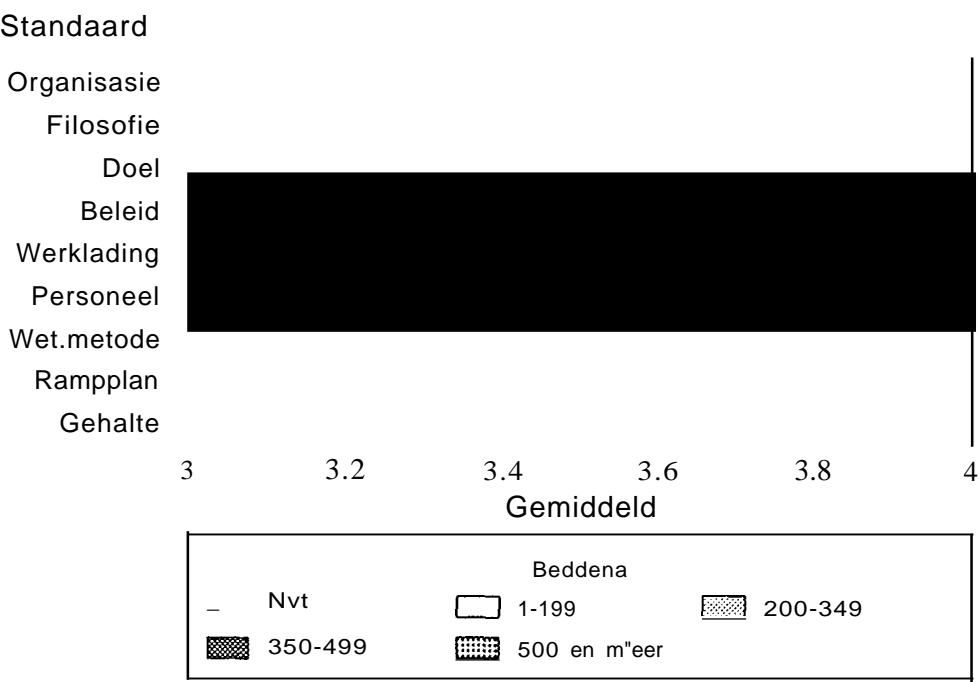


#### **d) Grootte van hospitaal**

Vyftien respondente het die hospitaalgrootte 200-349 beddens verteenwoordig gevolg deur die "nie van toepassing"-groep wat deur dertien respondente verteenwoordig is. Die hospitaalgrootte 500 en meer beddens is deur elf respondente verteenwoordig teenoor vyf en vier respondente wat die hospitaalgrootte 1-199 en 350-499 beddens respektiewelik verteenwoordig het (vergelyk figuur 5.10).

Dit is opmerklik dat die respondente wat die hospitaalgrootte 1-199 beddens verteenwoordig het nie een keer die hoogste gemiddelde gradering aan In kategorie standaard toegeken het nie. Die respondente wat die hospitaalgrootte 200-349 beddens verteenwoordig het, het telkens die hoogste gemiddelde gradering aan die standaard toegeken, gevolg deur die respondente wat die hospitaalgrootte 500 en meer beddens verteenwoordig het. Dit wil voorkom asof die "nie van toepassing"-groep (wat verpleeghoofde, nasionale en streeksverpleegadministrateurs en universiteitslektreses ingesluit het), hul graderings meer realisties toegeken het (vergelyk figuur 5.18). Op grond van die kLe-In frekwensie in die onderskeie groepe is statistiese berekening van verskille nie moontlik nie, Dit lyk egter asof hospitaalgrootte nie In invloed op die resultate gehad het nie.

Figuur 5.18      verspreiding van valideringsresultate soos  
                         deur hospitaalgrootte beïnvloed      (N=48)



5.9    SAMEVATTING

In hierdie hoofstuk is die formulering van verpleegdiensstandaarde bespreek en die navorsingsmetodologie en -tegnologie is toegelig. In Beskrywende benadering is gevolg waardeur die domeinveranderlikes verken, geïdentifiseer en beskryf is. In Gestruktureerde tweefase-navorsingstegniek, bestaande uit In ontwikkelings- en kwantifiseringsfase, is gebruik.

Die finale valideringsresultate (kwantifiseringsfase) is by wyse van In inhoudsgeldigheidsindeks en gepaardgaande standaardafwykings ontleed, aan die hand waarvan die bevindinge geïnterpreteer is. Die meeste standaarde is op grond van In gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,5 en hoër, geldig verklaar.

Faktore wat In moontlike invloed op die valideringsresultate kon gehad het is ontleed en bespreek.

Die volgende hoofstuk word gewy aan In oorsig en samevattende bevindinge van hierdie studie, asook gevolgtrekkings en aanbevelings wat die studie afsluit.

■

---

SAMEVATTENDE   BEVINDINGE.   GEVOLGTREKKINGS   EN   AANBEVELINGS

---

## 6.1   HOOFSTUKPERSPEKTIEF

Die doel van hierdie hoofstuk is om die studie oorsigtelik te beskou, om samevattende bevindinge, volgens elke doelstelling te bespreek en gevolgtrekkings en aanbevelings wat daaruit voortvloei, te formuleer.

## 6.2   OORSIG

Met die uitbreiding van gesondheidsdienslewering deur die privaatsektor in Suid-Afrika word die daarstelling van gehalteversekeringsmeganismes nie net in noodsaaklikheid nie, maar word dit deur verskeie ekonome en politici as 'n voorvereiste vir verdere privatisering voorgelê. Finansies, die beskikbaarheid van mannekrag en gehalteversekering, blyk tans groot probleme in die lewering van gesondheidsdienste in Suid-Afrika te wees, staatsbesteding aan gesondheidsdienste word krities beïnvloed deur die huidige bevolkings-groeikoers, verstedeliking en sosio-politiese faktore.

Gehalteversekering is 'n proses van standaardformulering, die evaluering van professionele werkverrigting en vergelyking met gestelde standaarde, en die neem van remedierende maatreels om die praktyk te verbeter. Die verpleegadministrateur is aanspreeklik vir die gehalte van verpleging wat in haar/sy diens gelewer word en hierdie aanspreeklikheid gaan dus toenemend in suid-Afrikaanse privaathospitale 'n belangrike rol speel.

'n Klemverskuiwing in die Suid-Afrikaanse verpleegadministrateur se roluitlewering is deur verskeie navorsers bevestig. Die privatisering van gesondheidsdienste, ekonomiese knelpunte, groter spesialisering van gesondheidsdienste en bestuurstelsels, verwagtinge van die pasiënt, asook die verpolitisering van gesondheidsdienste, maak die roluitlewering en aanspreeklikheidsstruktuur van die verpleegadministrateur meer kompleks van aard.

Hierdie klemverskuiwing in roluitlewering van die verpleeg-administrateur is ook in die privaatsektor merkbaar. Hoër eise word dus ook aan die verpleegadministrateur in privaat-hospitale gestel wat vereis dat sy/hy toereikend vir hierdie taak voorberei moet wees. Dit lyk voorts asof die privatisering van gesondheidsdienste toenemend gaan uitbrei, wat in groter verantwoordelikheid op die verpleegadministrateur in privaathospitale gaan plaas. In pro-aktiewe, strategiese gehaltebestuursbenadering word benodig ten einde doelmatige diens van in hoër gehalte te kan verseker.

Die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering in suid-Afrikaanse privaathospitale blyk dus van kritiese belang te wees. Standaard vorm die hoeksteen van die gehalteversekeringsproses, soos deur Beyers (1988: 620) bevestig: "Building quality into the service is based on the standards for a quality service."

Standaardformulering is in sistematiese, wetenskaplike proses wat vanuit in nasionale generiese of in gedesentraliseerde spesifieke benadering uitgevoer kan word. Die WGO-werkgroep huldig die standpunt dat in verplegingsprofessie in in land eers nasionale generiese standaard moet formuleer alvorens in gedesentraliseerde spesifieke benadering gevolg kan word. Generiese standaard vir kliniese verpleging, verpleegonderwys, verpleegadministrasie en verpleegnavorsing word as kritiese areas beskou (World Health Organization, 1984: 2). Standaard is dinamies van aard en fokus derhalwe op hedendaagse behoeftes en problematiek. Gereelde hersiening word dus vereis ten einde te verhoeddat standaard in hindernis eerder as in ontwikkelingsinstrument word (World Health Organization, 1982: 3).

Die doel van hierdie studie was om binne kontekstuele verband:

In profiel van die verpleegadministrateurs in Suid-Afrikaanse privaathospitale op te stel:

verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale in Suid-Afrika te formuleer.



### 6.3 BEPERKINGE VAN DIE STUDIE

Die volgende beperkinge, volgens elke doelstelling bespreek, het betrekking op hierdie studie.

#### 6.3.1 Profiel van verpleegadministrateurs

- \* Gestruktureerde p05vraelysvoltooiing is afhanklik van die respondent se gewilligheid om eerlike antwoorde te verskaf. Resultate betreffende die profiel van die verpleegadministrateurs in privaathospitale kon moontlik hierdeur beïnvloed geword het.
- \* Die verwagtinge van die verpleegadministrateurs, betreffende hul funksie en rol, is nie in hierdie studie ontleed nie.
- \* Slegs privaathospitale met 'n winsmotief is by hierdie studie betrek.

#### 6.3.2 Verpleegdiensstandaarde

- \* Veertien steekproefpersone het aan die portuurgroep-besprekings (ontwikkelingsfase) in Transvaal deelgeneem (teenstrydig met die aanbevole maksimum van tien kundiges). Die moontlikheid van lukrake eenstemmigheid en beïnvloeding van deelnemers tydens die ontwikkelingsfase van die standaarde, het dus bestaan.
- \* Die validering van standaarde is 'n tydsame, vermoeiende proses wat 'n gemiddeld van drie ure per steekproefpersoon in beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfasies geneem het (vergelyk figuur 5.6 en 5.14). Die valideringsresultate van veral die laaste standaarde, kon moontlik hierdeur beïnvloed gewees het.

Die gebruik van 'n intervalskaal is subjektief en kan die finale valideringsresultate (kwantifiseringsfase) beïnvloed het: "Likert-type items are easy to develop but are highly subjective" (Treece & Treece, 1982: 297) •

- \* Die navorser is goed bekend aan die verpleegadministrateurs in Transvaalse privaathospitale wat moontlik hul gradering van die standaard gedurende die kwantifiseringsfase, kon betnvloed het.
- \* Die taal van dievalideerders (Engels .of Afrikaans) is nie as 'n onafhanklike veranderlike getdentifiseer nie. In die kwantifiseringsfase is 'n gradering van drie toegeken indien die valideerder van mening was dat die standaard toepaslik is maar herformulering vereis. Aangesien die standaard in beide Afrikaans en Engels beskikbaar gestel is, kon hierdie faktor die valideringsresultate (kwantifiseringsfase) moontlik beïnvloed het, Hierdie afleiding word gemaak vanwee die feit dat Engelssprekende valideerders telkens kommentaar gelewer het oor die Engels van sommige standaard en herformulering aanbeveel het.
- \* Die gebruik van 'n kontrolegroep (valideerders vanuit die openbare en 'n universiteitsektore) kon moontlik die konsensusresultate (standaardafwykings) in die kwantifiseringsfase vertroebel het.
- \* Konstrukt geldigheid van die standaard is, weens die omvang daarvan, nie tydens hierdie studie verreken nie.

## 6.4 SAMEVATTENDE BEVINDINGE

### 6.4.1 Profiel van verpleegadministrateurs in privaathospitale

Na 'n ontleding en interpretering van die data, betreffende 'n profiel van die verpleegadministrateurs in privaathospitale, is die volgende profiel saamgestel.

#### a) Persoonlike profiel

Die respondente was, ten tye van hierdie ondersoek, hoofsaaklik (97%) vroulik, Die meerderheid (56%) was getroud en die ongetroude kategorie het 25% uitmaak (vergelyk figuur 4.1). 'n Minimale aantal respondente was geskei (10%) of 'n weduwee (9%).

Die gemiddelde ouderdom van die respondente was twee-en-veertig jaar, met bykans een derde wat in die ouderdomsgroep 35-44 jaar geressorteer het. In Proporsionele verspreiding in die jonger en ouer ouderdomsgroepe, te wete 25-34 jaar en 55 jaar en ouer, is deur 13% en 15% respektiewelik verteenwoordig. Die meeste respondente (43%) het dus in die ouderdomsgroep 35-44 jaar geressorteer (vergelyk figuur 4.2). Geen betekenisvolle verskille betreffende die provinsiale ouderdomsverspreiding van respondente is verkry nie.

Die respondente was voorts hoofsaaklik blank (96%) met In verteenwoordiging van 3% en 1% vanuit die kleurling- en Asiatiese bevolkingsgroepe respektiewelik (vergelyk figuur 4.3) en het In redelik proporsionele verspreiding van Engels (50%) en Afrikaans (47%) as huistaal verteenwoordig (vergelyk figuur 4.5).

Benewens hul bestuursverantwoordelikhede het die meeste respondente In gesinsrol vervul aanqesien 54% aangedui het dat hulle afhanklikes het om te versorg (vergelyk figuur 4.4) •

#### b) Opvoedkundige profiel

Die meeste (85%) respondente het hul basiese verpleegopleidingsprogram op dipl0mavlak voltooi en 9% het buitenlandse programme, hoofsaaklik Europees, deurloop (vergelyk figuur 4.6). Die basiese verpleegkwalifikasies vergelyk gunstig met dié van die nasionale verpleegmag aangesien Verloskunde (88%), psigiatrie (13%) en Gemeenskapsverpleegkunde (22%) deur die respondente in relatief hoë persentasies geregistreer is. Al die respondente was geregistreerde algemene verpleegkundiges.

Verpleegadministrasie is deur slegs 29% respondente geregistreer en 13% is ook bykomend as dosent geregistreer. Die respondente is egter klinies goed gekwalifiseer in Operasiesaalverpleegkunde (25%), ntensiewe Verpleegkunde (9%), Pediatrie (4%), Ortopedie (3%) en Onkologie (2%), wat aansienlik hoër as die nasionale verpleegmagprofiel in suid-Afrika is.

'n Na-basiese diploma was die hoogste professionele kwalifikasie vir die meeste (75%) respondente. Die gegradueerde korps het 18% beslaan, hoofsaaklik vanuit Transvaal, waarvan 14% 'n baccalaureusgraad besithet en een respondent elk oor 'n honneurs- en magistergraad onderskeidelik beskik het (vergelyk figuur 4.8). 'n Minimale aantal (7%) beskik oor nie-verpleegkundige kwalifikasies en bykans 'n kwart (23%) het aangedui dat hulle tans met verdere formele studie besig is, waarvan die B.A.(Cur). by die Universiteit van Suid-Afrika, die gewildste (18%) blyk te wees.

'n Hoë werkklading blyk die vernaamste (65%) rede te wees waarom respondente nie met verdere formele studie besig was nie (N=52). Geen behoefte aan verdere studies (31%) en gesinsverantwoordelikhede (27%) is voorts ook as belangrike redes aangevoer (vergelyk figuur 4.9).

#### c) Indiensnemingsprofiel

Die respondente was hoofsaaklik (60%) in Transvaal werksaam, gevolg deur die Kaapprovinsie (25%), Natal (12%) en die Oranje-Vrystaat (3%). Twee respondente het die pos van nasionale verpleegadministrateur beklee.

Die hospitaalgrootte 100-199 beddens het die grootste (34%) verteenwoordiging in die studie gehad, gevolg deur die kategorie met 200 en meer beddens (31%), 50-99 beddens (19%) en 1-49 beddens (13%). Benewens die hospitaalgrootte 1-49 beddens, wat in hierdie studie in 36% verteenwoordiging vanuit Suid-Afrika gehad het (vergelyk tabel 4.1), is die ander hospitaalgroottes met 90-100% verteenwoordig wat 'n betroubare weergawe van die profiel van verpleegadministrateurs in privaathospitale behoort te kan gee.

Die aard van verpleging in die privaathospitale, waarvoor die verpleegadministrateurs aanspreeklik is, is hoofsaaklik chirurgiese (97%), operasiesaal- (94%), mediese (92%), ortopediese (80%), intensiewe (71%), pediatriese (69%), verloskundige (46%) en onkologiese verpleging (29%).

#### **d) Professionele profiel**

Die meeste respondente (79%) het vyf of meer jaar kliniese ervaring gehad voordat hulle in 'n bestuurspos aangestel was, teenoor 'n Kleiner aantal respondente wat drie tot vier jaar (10%) en minder as twee jaar (10%) kliniese ervaring gehad het (vergelyk figuur 4.14). Hierdie kliniese ervaring volg 'n voorspelde patroon met die meeste respondente (88%) wat ervaring in mediese en chirurgiese verpleging gehad het, gevolg deur verloskundige verpleging (71%), operasiesaal- (50%), ortopediese (47%) en pediatriese verpleging (40%). Die ander kliniese areas soos intensiewe verpleging (23%), gemeenskaps- (18%), psigiatry (16%) en onkologiese verpleging (6%), is in 'n mindere mate verteenwoordig. Verpleegonderwys is, tén spyte van die klein hoeveelheid (16%) respondente wat oor hierdie kwalifikasie beskik, deur 26% aangedui as 'n area van ervaring.

Die huidige bestuurspos is deur die meeste respondente (37%) reeds vir twee tot drie jaar bekleed terwyl slegs 36% hul huidige bestuurspos vir langer as vyf jaar bekleed het (vergelyk figuur 4.16).

Benewens hul belangstelling in bestuur (84%), blyk 'n hoër salarispotensiaal (41%), meer outonomie (41%) en bevordering (38%), die vernaamste redes te wees waarom die respondente bestuursposte in die,privaatsektor aanvaar het.

Die respondente het oor die algemeen (59%) 'n hoë graad van werksbevrediging ervaar. Dit lyk asof dit hoofsaaklik die Transvaalse respondente is wat slegs 'n gemiddelde (38%) en minimale (3%) graad van werksbevrediging ervaar het (vergelyk figuur 4.18). Die meeste respondente (66%) voel toereikend voorberei vir hul huidige bestuurspos, teenoor 25% wat nie toereikend voorberei voel nie en 9% wat 'n mate van onsekerheid ervaar het. Die kategorie wat onvoorbereid voel, asook 'n mate van onsekerheid getoon het, is hoofsaaklik in Transvaal werksaam.

Ten spyte van die respondente se gevoel van voorbereidheid vir hul huidige bestuurspos, is al die opvoedkundige behoeftes wat in hierdie studie ondersoek is, deur meer as 'n derde van die respondente as behoeftes vir verdere persoonle ontwikkeling aangedui. Die bepaling van werkladings-

indeks, asook die onderskeie gehalteversekeringsaktiwiteite, is deur meer as 90% respondente as prioriteite aangedui (vergelyk figuur 4.20). Leierskapvaardighede (77%), konflikbestuur (74%) en die metodiek van wetenskaplike verpleging (72%), is as die volgende prioriteitbehoefte uitgelig.

Die volgende belangrike opvoedkundige behoeftes blyk meer op personeelbestuursvaardighede gerig te wees. Behalwe vir die formulering van 'n verpleegdiensfilosofie (69%) en die opstel van 'n begroting (68%), is die ander behoeftes gerig op personeelaangeleenthede (vergelyk figuur 4.21).

Die opvoedkundige behoeftes, wat deur minder as 50% respondente aangetoon is, toon 'n variasie van bestuursvaardighede. Die feit dat slegs 29% respondente oor die kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik, word bevestig deur die opvoedkundige behoeftes wat hulle tans ervaar. Dit is dus duidelik dat die verpleegadministrateurs in privaathospitale 'n behoefte aan die ontwikkeling van hul bestuursvaardighede het.

## 6.4.2 Verpleegdiensstandaarde

### 6.4.2.1 Domeinkundigheid van steekproefpersone

Die insette van kundiges is nasionaal in beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases verkry. In die ontwikkelingsfase (N=24) het die meeste (67%) steekproefpersone oor die kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik en 38% was as dosent geregistreer (vergelyk figuur 5.3). Die steekproefpersone was ook klinies goed gekwalifiseer met registrasies in Verloskunde (96%), Psigiatriese Verpleegkunde (33%), Gemeenskapsverpleegkunde (50%), Intensiewe (21%) en Operasiesaalverpleegkunde (25%), asook Pediatriese Verpleegkunde (8%).

Alhoewel die meeste (79%) van hierdie steekproefpersone 'n basiese diploma deurloop het, beskik 23% oor 'n na-basiese diploma, 21% oor 'n basiese baccalaureusgraad en 8% oor 'n honneurs- en/of magistergraad.

In die kwantifiseringsfase (N=48) het 88% oor die kwalifikasie Verpleegadministrasie beskik en 67% was as dosent geregistreer (vergelyk figuur 5.11).

Die respondente se kliniese kundigheid is ook in hierdie fase bevestig met registrasies in Verloskunde (92%), Psigiatriese (42%), Gemeenskaps- (63%), Intensiewe (2.5%), Operasiesaal- (23%), Ortopediese (2%) en Pediatriese verpleegkunde (6%). In hierdie fase het die meeste respondente (88%) oor na-basiese diplomas beskik terwyl In na-basiese baccalaureusgraad deur 46% besit is. In Honneurs- en magistergraad is deur 23% respondente aangedui terwyl 6% ook oor In doktorsgraad beskik het.

Die kundiges wat aan beide die ontwikkelings- en kwantifiseringsfases deelgeneem het, is ook ervare verpleegadministrateurs. In die ontwikkelingsfase het die meeste (37%) steekproefpersone oor tien jaar en meer bestuurservaring beskik (vergelyk figuur 5.5) en in die kwantifiseringsfase het 35% oor ses tot tien jaar en 23% oor meer as tien jaar bestuurservaring beskik (vergelyk figuur 5.13).

#### 6.4.2.2 Verteenwoordiging van steekproefpersone

Tydens die ontwikkelingsfase is steekproefpersone slegs vanuit Transvaal en die Kaapprovinsie (privaathospitale) geselekteer aangesien Natal slegs agt en die Oranje-Vrystaat slegs twee privaathospitale het (vergelyk tabel 4.1). Die meeste privaathospitale is in Transvaal (N=46) en die Kaapprovinsie (N=28) geleë wat onderskeidelik deur twaalf en tien verpleegadministrateurs verteenwoordig is. Al die hospitaalgroottes (privaathospitale) was in die ontwikkelingsfase verteenwoordig (vergelyk figuur 5.2).

In die kwantifiseringsfase (N=48) is die standaard deur drie (6%) verpleeghoofde, twee (4%) nasionale of streeksverpleegadministrateurs, vyf-en-dertig (73%) verpleegadministrateurs in beheer van In verpleegdiens in beide die openbare en privaatsektor, asook agt (17%) universiteitslektreses gevalideer (vergelyk figuur 5.7). Beide die openbare en privaatsektor is deur twintig (42%) respondente verteenwoordig (vergelyk figuur 5.8). Die provinsies is proporsioneel deur Transvaal (57%), die Kaapprovinsie (29%), Natal (8%) en die Oranje-Vrystaat (6%) verteenwoordig (vergelyk figuur 5.9).

### 6.4.2.3 Verpleegdiensstandaarde

Verpleegdiensstandaarde vir nasionale gebruik deur verpleegadministrateurs in privaathospitale, is geformuleer en by wyse van 'n gestruktureerde tweefase-navorsingstegniek aan validering onderwerp. Die volgende bevindinge word op die analisering en interpretering van die data gegrond (vergelyk bylaes sewe en agt wat die standaarde volledig, onderskeidelik in Afrikaans en Engels, weergee).

#### a) Georganiseerde verpleegdiens

In hierdie kategorie is standaard 1.6 (vergelyk bylaesewewe), wat handel oor 'n verpleegonderwyskwalifikasie vir die verpleegadministrateur (verkieslik maar nie 'n vereiste nie), met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,27 verwerp (vergelyk tabel 5.8). Standaard 1.14, wat handel oor die verpleegadministrateur se gesag om die verpleegdiens se begroting voor te berei en te bestuur, het 'n lae vlak van konsensus tussen die respondente getoon met 'n standaardafwyking van 0,107. Alhoewel hierdie standaard 'n somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,52 verkry het, is hy nie deur die respondente vanuit die privaatsektor aanvaar nie, vanwee 'n inhoudsgeldigheidsgradering van 3,35.

Swak konsensus tussen die respondentewas ook opmerklik by standaard 1.5, wat vereis dat die organisasieplan van die verpleegdiens voorsiening moet maak vir die bestuur van verpleegdienste op alle skofte. Standaard 1.13, wat vereis dat die verpleegadministrateur voorsiening maak vir enige nodige formele skakeling tussen die ander professionele gesondheidspraktisyne en administratiewe personeel, het ook 'n hoë standaardafwyking getoon en benodig dus herformulering.

Verder is al die standaarde in hierdie kategorie met 'n relatief hoë vlak van konsensus tussen die respondente aanvaar. Die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks vir hierdie kategorie standaarde, was 3,84 (vergelyk tabel 5.24) •



## b) Filosofie

Met die uitsondering van standaard 2.3d, wat handel oor filosofiese verklarings betreffende verpleegonderwys as 'n komponent van 'n verpleegdiensfilosofie (standaardafwyking 0,111), het al hierdie standaarde 'n relatief hoë gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks verkry (vergelyk tabel 5.9). Die standaardafwykings toon egter 'n relatief hoë variasie tussen die respondente wat moontlik toegeskryf kan word aan die feit dat verpleegadministrateurs (veral in privaathospitale), °nie vertrou is met die doel en gebruiksnut van 'n verpleegdiensfilosofie nie. Die somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks vir hierdie kategorie standaarde was 3,86 (vergelyk tabel 5.24).

## c) Doelstellings en doelwitte

In Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,76 (vergelyk tabel 5.24) bevestig dat die respondente nie hierdie kategorie standaarde as 'n prioriteit bestuurshandeling beskou nie. Alhoewel al die standaarde as geldig aanvaar is, is hoë standaardafwykings by standaard 3.2 (bewys van geskrewe lang- en korttermyn doelstellings), 3.4 (verpleeg-eenheid doelstellings), 3.5 (doelstellings en doelwitte is in meetbare gedragsterme gestel) en 3.6 (in posbeskrywings vermeld), 'n bewys dat herformulering van hierdie standaarde benodig word (vergelyk tabel 5.10).

## d) Beleid

Die meeste standaarde in hierdie kategorie is met 'n redelike hoë mate van konsensus tussen die respondente aanvaar, met die uitsondering van standaard 4.3h, wat handel oor 'n agentskap ooreenkoms en met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 2,81 verwerp is (vergelyk tabel 5.11). 'n Somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,80 vir hierdie kategorie standaarde (vergelyk tabel 5.24), toon die mate van variasie tussen die respondente. Standaard 4.3e, wat handel oor begroting- en aankopebeleid, benodig, op grond van 'n standaardafwyking van 0,109, herformulering of besinning.

e) Bepaling van werkladingindeks

Hierdie kategorie standaard verkry die laagste somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks, naamlik 3,75 (vergelyk tabel 5.24). Standaard 5.2, wat vereis dat die pasiënte se akuutheidsvlakke bepaal word, is aanvaar, maar in lae graad van konsensus tussen die respondente (standaardafwyking 0,126) toon dat herformulering van hierdie standaard vereis word. Die lae graad van konsensus tussen die respondente is ook in standaard 5.5, wat handel oor die hospitaal se pasiënt-toelatingstelsel, met in standaardafwyking van 0,111 bevestig, wat dus herformulering benodig (vergelyk tabel 5.12).

f) Verpleegpersoneel

Die verpleegpersoneelstandaarde wat in somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,85 verkry het (vergelyk tabel 5.24), is in vier kategorieë verdeel, te wete personeelvoorsiening, -benutting, -behoud en -ontwikkeling.

In die kategorie personeelvoorsiening is standaard 6.1.1, 6.1.1.1 en 6.1.1.2, wat almal oor werwing handel, verwerp (vergelyk tabel 5.13). Die keuring- en aanstellingstandaarde is egter almal met in redelike hoë mate van konsensus tussen die respondente aanvaar.

In die personeelbenuttingskategorie is standaard 6.2.2.1e, wat vereis dat werksomstandighede in die personeel se posbeskrywing vermeld word, met in inhoudsgeldigheidsindeks van 3,29 verwerp. Drie ander standaarde in hierdie afdeling is ook nie deur die respondente as geldig verklaar nie, te wete standaard 6.2.2.3c, wat vereis dat in posbeskrywing die graad van kompleksiteit verbeeld, standaard 6.2.3.1b, wat vereis dat die spantoewysingsmetode in algemene verpleegeenhede gebruik word, asook standaard 6.2.3.1c, wat oor funksionele verpleegtoewysing handel. Hierdie standaarde blyk dus, in die lig van huidige verpleegtekorte, onrealistiese te wees. Twee ander standaarde vereis, op grond van die hoë standaardafwykings, herformulering, te wete standaard 6.2.4.3, wat oor voldoende geregistreerde verpleegkundiges aan diens handel, en standaard 6.2.4.5, wat vereis dat in toepaslike ratio tussen professionele en sub-professionele verpleegkategorieë gehandhaaf word (vergelyk tabel 5.14).

Laasgenoemde standaard (6.2.4.5) is egter, met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,38 nie deur die respondente vanuit die openbare sektor aanvaar nie.

Die personeelbehoudstandaarde is oor die algemeen deurgaans met 'n baie hoë graad van konsensus tussen die respondente as geldig aanvaar (vergelyk tabel 5.15). Enkele standaarde oor kommunikasieprosedure en beroepsgesondheid benodig, op grond van die hoë standaardafwykings, herformulering. Standaard 6.3.3.1f, wat vereis dat enige aanbevelings en voorgestelde aksies wat tydens vergaderings geneem word, asook standaard 6.3.3.1i en 6.3.3.2c, wat oor 'n personeelkomiteestelsel handel, het hoë standaardafwykings getoon (vergelyk tabel 5.16). Die uitvoering van veiligheidsopleiding as deel van 'n verpleegkundige veiligheidsprogram (standaard 6.3.4.4e), is nie aanvaar nie, met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,47. Alhoewel standaard 6.3.4.4a, wat vereis dat veiligheidsverteenwoordigers aangestel word, met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,56 aanvaar is, is bierdie standaard met 'n inhoudsgeldigheidsindeks van 3,28 nie deur die respondente vanuit die openbare sektor as geldig aanvaar nie (vergelyk tabel 5.16).

In die personeelontwikkelingskategorie is standaard 6.4.4.1h, wat vereis dat die personeelontwikkelingstelsel en loopbaangeleenthede tydens induksie en oriëntering aan nuwe verpleegpersoneel bekend gemaak word, met 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,39 verwerp. Die bekendstelling van beroepsgesondheids- en veiligheidstelsels tydens induksie en oriëntering (standaard 6.4.1.1i) vereis herformulering op grond van 'n hoë standaardafwyking (vergelyk tabel 5.17). Al die standaarde oor voortgesette onderwys en personeelevaluering is met 'n redelike hoë graad van konsensus tussen die respondente aanvaar (vergelyk tabel 5.18).

In die kategorie personeelrekords en -statistieke (standaard 6.5) is beide die standaarde wat handel oor gesondheidsrekordhouding (standaarde 6.5.1b en 6.5.3a onderskeidelik) met 'n relatief lae gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks aanvaar en benodig herformulering (vergelyk tabel 5.19). Die respondente vanuit die privaatsektor het standaard 6.3.5a (gesondheidspersoneelstatistieke) egter met 'n inhoudsgeldigheidsindeks van 3,40 afgekeur. •

Al die standarde betreffende personeelidentifikasie (standaard 6.6) is aanvaar (vergelyk tabel : 5.20).

#### g) Wetenskaplike metode van verpleging

Die standarde in die kategorie wetenskaplike metode van verpleging is almal aanvaar (vergelyk tabel 5.21). Enkele standarde is egter deur die respondente op grond van die hoë standaardafwykings, as minder realisties aangedui. In hierdie verband benodig standaard 7.2, wat vereis dat elke pasiënt se verpleegbehoefte deur in geregistreerde verpleegkundige beraam moet word, asook standarde 7.6 en 7.7 wat onderskeidelik vereis dat pre-ontslagbeplanning onder rigdoelwitte moet insluit en evaluering van doelbereiking uitgevoer en gedokumenteer moet word, herformulering. Die gemiddelde somtotaal inhoudsgeldigheidsindeks van 3,85 (vergelyk tabel 5.24) bevestig dat die respondente wetenskaplikheid as in belangrike aanwyser van in hoë gehalte van verpleging beskou.

#### h) Rampplan

Die standarde wat oor rampbeplanning handel is met in relatief hoë gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks en in hoë graad van konsensus tussen die respondente aanvaar (vergelyk tabel 5.22). In somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,94 (vergelyk tabel 5.24) bevestig die belang van hierdie standarde in in verpleegdiens.

#### i) Gehalteversekeringsprogramme

Die kategorie standarde wat oor gehalteversekering handel het in somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van 3,84 verkry (vergelyk tabel 5.24). Drie standarde is nie deur die respondente aanvaar nie, te wete standaard 9.6b, wat jaarlikse omditering van rekords vereis, standaard 9.10, wat die analisering van gehalteversekeringstatistieke vereis en standaard 9.13f, wat vereis dat die vlak/graad van gehalteverbetering jaarliks geëvalueer en beoordeel word.

Standaard 9.3b, wat vereis dat in gekwalifiseerde verpleegkundige verantwoordelik is vir gehalteversekering in die hospitaal, benodig op grond van in standaardafwyking van 0,117 herformulering.

Deelnemende besluitneming deur eenheidsbestuurders vir gehalteversekering (standaard 9.5b), benodig ook herformulering op grond van die lae vlak van konsensus wat tussen die respondente bereik is (vergelyk tabel 5.23). Hierdie lae vlak van konsensus kan toegeskryf word aan die feit dat die respondente vanuit die privaatsektor bLerdie standaard met In inhoudsgeldigheidsindeks van 3,48 verwerp het.

#### j) Algemeen

Uit In totaal van 275 standarde en substandarde (gepaardgaande kriteria) wat vir validering voorgelê is, is veertien (5%) nie aanvaar nie en benodig 25 (9%) herformulering. In Bykomende drie standarde is nie deur die respondente vanuit die privaatsektor aanvaar nie en die respondente vanuit die openbare sektor het In verdere twee standarde verwerp.

### 6.5 GEVOLGTREKKINGS

Diegevolgtrekkings wat na aanleiding van die data-ontleding gemaak kan word, word volgens elke doelstelling weergegee.

#### 6.5.1 Profiel van verpleegadministrateurs in privaathospitale

- \* Die verpleegadministrateur in suid-Afrikaanse privaat-hospitale is In vroulike, blanke, persoon met In gemiddelde ouderdom van twee-en-veertig jaar.
- \* Benewens haar bestuursrol vervul die verpleegadministrateur ook In gesinsrol wat die versorging van een of meer afhanklikes insluit.
- \* Bykans In gelyke b.o.e.v.e.e.l.h.e.l.d Engels- en Afrikaanssprekendes beklee In verpleegadministrateurspos in privaathospitale.
- \* Die verpleegadministrateur is nie toereikend voorberei vir haar bestuursverantwoordelikhede nie maar beskik oor genoegsame kliniese kennis (volgens die geregistreerde kliniese kwalifikasies) om die nodige gehalte-beheer en -versekering in die verskeie verpleegdisiplines uit te oefen.

- \* Sy is 'n gediplomeerde persoon. Die geprojekteerde getal gegradueerde verpleegadministrateurs in privaathospitale behoort in die afsienbare toekoms vanaf 18% na 38% te styg.
- \* Die verpleegadministrateurs in privaathospitale is klinies ervare praktisyns wat die tradisionele loopbaanontwikkelingspatroon gevolg het voordat hulle in 'n bestuurspos aangestel is.
- \* Sy ervaar 'n hoë graad van werksbevreëding. Die verpleegadministrateur wat in Transvaalse privaathospitale werksaam is, ervaar egter minder werksbevreëding.
- \* Die verpleegadministrateurs in privaathospitale se prioriteit opvoedkundige behoeftes, om hulself meer toereikend vir hul huidige bestuursverantwoordelikhede te bekwaam, is hoofsaaklik gesetel in gehalteversekeringsaktiwiteite, die ontwikkeling van leierskapvaardighede en arbeidsverhoudinge.
- \* Sy ervaar, in 'n mindere of meerdere mate, 'n behoefte aan die ontwikkeling van die meeste bestuursvaardighede ten einde 'n hoë gehalte verpleegdiensbestuur te kan verseker.
- \* "n Verteenwoordigende profiel van die verpleegadministrateur in Suid-Afrikaanse privaathospitale is opgestel.

### **6.5.2 Verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale**

- \* Verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale is nasionaal deur 'n verteenwoordigende groep domeinkundiges vanuit die privaatsektor gevalideer. Aangesien 'n minimum van vyf en 'n maksimum van tien kundiges vir die plaaslike validering van standaarde aanbeveel word (vergelyk 5.4.2), kan 'n getal van twintig kundiges as aanvaarbaar beskou word vir die nasionale validering van verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale.
- \* Die verpleegdiensstandaarde is afsonderlik deur die valideerders vanuit die privaathospitale as geldig bekragtig.

- \* Toerekende kontrole oor die intersubjektiviteit deur verpleegadministrateurs (valideerders) vanuit die privaatsektor is deur die kontrolegroep (openbare sektor) uitgeoefen.
- \* Die valideringsresultate is betroubaar met geen faktore wat 'n betekenisvolle invloed op die resultate gehad het nie,

#### 6.5.2.1 Standaard verwerp

Die volgende standaard is nie aanvaar nie, op grond van 'n gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks van laer as 3,50.

- (a) Dit is verkieslik, maar nie 'n vereiste nie, dat die verpleegadministrateur oor 'n verpleegonderwyskwalifikasie en/of ervaring beskik of die gedelegeerde is gekwalifiseerd/beskik oor ervaring in verpleegonderwys (standaard 1.6e). Hierdie standaard is afsonderlik deur die valideerders vanuit al die onderskeie indiensnemingsektore verwerp.
- (b) Beleidshandleidings word vir die volgende beleidsaspekte in stand gehou: agentskapooreenkoms wanneer toepaslik (standaard 4.3h). Valideerders vanuit al die onderskeie indiensnemingsektore het hierdie standaard verwerp.
- (c) Daar is 'n formele verpleegkundige werwingsprogram in werking (standaard 6.1.1). Hierdie standaard is deur al die groepe verwerp.
- (d) Die verpleegdiens het 'n geskrewe werwingsbeleid (standaard 6.1.1.1). Al drie die onderskeie groepe het hierdie standaard verwerp.
- (e) Die werwingsbeleid is in ooreenstemming met die werwingsbeleid van die hospitaal (standaard 6.1.1.2). Hierdie standaard is deur beide die openbare en privaatsektorvalideerders verwerp.
- (f) Die posbeskrywing spesifiseer ten minste die volgende: spesiale werksomstandighede en moontlike risiko's (standaard 6.2.2.1e). Konsensus om hierdie standaard te verwerp is tussen al die onderskeie groepe verkry.

- (g) Die posbeskrywing is duidelik en individueel om die volgende te verseker: die graad van kompleksiteit te verbeeld (standaard 6.2.2.3 (e)). Hierdie standaard is deur slegs die valideerders vanuit die universiteitssektor aanvaar.
- (h) Die spantoewysingsmetode (of primêre verpleging) word vir pasiënte in algemene eenhede/sale benut (standaard 6.2.3.1b). Hierdie standaard is deur al die groepe verwerp.
- (i) Die funksionele toewysingsmetode word slegs in geval van 'n akute tekort aan verpleegpersoneel benut (standaard 6.2.3.1e). Volle konsensus tussen al die onderskeie groepe is verkry om die standaard te verwerp.
- (j) Die verpleegkundige beroepsgesondheids- en veiligheidsprogramme voldoen aan die regulasievereistes van die Wet op Masjinerie en Beroepsveiligheid: veiligheidsopleiding word uitgevoer (standaard 6.3.4.4e). Hierdie standaard is deur beide die openbare en privaatsektorvalideerders verwerp.
- (k) Daar is in algemene, georganiseerde induksieprogram vir alle nuwe verpleegpersoneel wat ten minste die volgende insluit: die personeelontwikkelingstelsel en loopbaangeleenthede (standaard 6.4.1.1h). Verwerpingskonsensus tussen beide die openbare en privaatsektorvalideerders is verkry.
- (l) Die evaluering van gehalteverpleging word op ten minste die volgende wyses uitgevoer: jaarlikse ouditering van verpleegrekords (standaard 9.6b). Slegs die valideerders vanuit die privaatsektor het hierdie standaard verwerp.
- (m) Gehalteversekeringstatistieke word geanaliseer en in grafiese vorm voorgestel (standaard 9.10). Hierdie standaard is deur die valideerders vanuit die openbare en privaatsektor verwerp.



- (n) Die gehalteversekeringsprogram word ten minste jaarliks geëvalueer en die volgende beoordeel: die vlak/graad van gehalteverbetering (standaard 9.13f). Hierdie standaard is deur die valideerders vanuit die privaat- en universiteitsektor as onrealisties verklaar."

#### 6.5.2.2 standaard deur slegs die privaatsektor verwerp

Die volgende standaard is met In somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks aanvaar, maar slegs deur die valideerders vanuit die privaatsektor verwerp:

- (a) Die verpleegadministrateur het die gesag om die verpleegdiens se begroting voor te berei en te bestuur (standaard 1.14).
- (b) Personeelstatistiek word bygehou en ten minste die volgende word ge-analiseer: aanvanklike en daaropvolgende gesondheidsrekords (standaard 6.5.3a).
- (c) In Gehalteversekeringsklimaat word soos volg deur die gehalteversekeringskomitee bevorder: 'deelnemende besluitneming deur die eenheidsbestuurders vir gehalteversekeringsaktiwiteite (standaard 9.5b).

#### 6.5.2.3 standaard deur slegs die openbare sektor verwerp

Die volgende standaard is met In somtotaal gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks aanvaar maar slegs deur die openbare sektor verwerp:

- (a) Die personeelskedulering reflekteer in toepaslike ratio tussen senior, professionele en sub-professionele personeel om in die pasiënte se behoeftes te voorsien (standaard 6.2.4.5).
- (b) Die verpleegkundige beroepsgesondheids- en veiligheidsprogramme voldoen aan die regulasievereistes van die Wet op Masjinerie en Beroepsveiligheid: verpleegkundige veiligheidsvertegenwoordigers is aangestel (standaard 6.3.4.4a).

#### **6.5.2.4 Standaarde wat herformulering nodig**

Die volgende standaarde nodig herformulering op grond van die lae konsensus tussen respondente, wat deur 'n relatief hoë standaardafwyking bevestig is:

- (a) Die organisasieplan (-struktuur) van die verpleegdiens maak voorsiening vir die bestuur van verpleegdienste op alle skofte (standaard 1.5).
- (b) Die verpleegadministrateur voorsien enige nodige formele skakeling tussen die ander professionele gesondheidspraktisyne en administratiewe personeel (standaard 1.13).
- (c) Die verpleegadministrateur het die gesag om die verpleegdiens se begroting voor te berei en te bestuur (standaard 1.14).
- (d) Die komponente van die verpleegdiensfilosofie sluit oortuigings oor die volgende in: verpleegonderwys, wanneer toepaslik (standaard 2.3d).
- (e) Daar is bewys van geskrewe lang- en korttermyn doelstellings en -doelwitte in die verpleegdiens (standaard 3.2).
- (f) Elke groep/eenheid in die verpleegdiens het spesifieke doelstellings wat in harmonie met dié van die verpleegdiens, die organisasie en die verplegingsprofessie is (standaard 3.4).
- (g) Die doelstellings en doelwitte is in meetbare gedragsterme gestel, wat realistiese evaluering van resultate moontlik maak (standaard 3.5).
- (h) Die verantwoordelikheid en aanspreeklikheid vir die bereiking van doelstellings is duidelik in die verpleegpersoneel se posbeskrywings vermeld (standaard 3.6).
- (i) Beleidshandleidings word vir die volgende beleidsaspekte in stand gehou: begroting- en aankopebeleid (standaard 4.3e).

- (j) Die pasiënte se akuutheidsvlakke (pasientklassifikasie) word bepaal (standaard 5.2).
- (k) Die hospitaal-pasient-toelatingstelsel maak voorsiening vir deelname vanuit die verpleegdiens in die koördinering van pasientbehoefte en verpleging met die beskikbare verpleegpersoneel (standaard 5.5).
- (l) Die verpleegpersoneel-ratio (professioneel/sub-professioneel) is ooreenkomstig die werkladingindeks- en postebevestiging (standaard 6.2.1.3).
- (m) Die posbeskrywing spesifiseer ten minste die volgende: gesag en vereiste werkverrigtingstandaarde (standaard 6.2.2.1d).
- (n) In Voldoende aantal gekwalifiseerde, geregistreerde verpleegkundiges is te alle tye aan diens om die nodige verpleging, wat professionele beoordeling en gespesialiseerde vaardighede vereis, te verskaf (standaard 6.2.4.3).
- (o) Die personeelskedulering reflekteer in toepaslike ratio tussen senior, professionele en sub-professionele personeel om in die pasiëntse behoeftes te voorsien (standaard 6.2.4.5).
- (p) Daar is 'n formele stelsel vir vergaderings wat in ooreenstemming met ten minste die volgende is: enige aanbevelings en voorgestelde aksies word gedokumenteer (standaard 6.3.3.1f); demokratiese beginsels word benut tydens die verkiesing van komiteede wat die verpleegkundiges verteenwoordig (standaard 6.3.3.1i).
- (q) Daar is 'n formele kommunikasiestelsel in werking waardeur personeel oor nuwe professionele/hospitaalbeleid ingelig word, in ooreenstemming met ten minste die volgende: personeelkomiteestelsel(s) (standaard 6.3.3.2c) •
- (r) Daar is 'n algemene, georganiseerde induksieprogram vir alle nuwe verpleegpersoneel wat ten minste die volgende insluit: die beroepsgesondheids- en veiligheidstelsel (standaard 6.4.1.1i).

- (5) Personeelrekords word vir elke verpleegpersoneellid in die hospitaal bygehou en bevat ten minste die volgende: gesondheidsrekord(s), volgens hospitaalbeleid (standaard 6.S.1b).
- (t) Personeelstatistieke word bygehou en ten minste die volgende word ge-analiseer: aanvanklike en daaropvolgende gesondheidsrekords (standaard 6.S.3a).
- (u) Elke pasiënt; se verpleegbehoefte word tydens opname, of binne 'n tydperk soos deur die verpleegdiens bepaal, deur 'n geregistreerde verpleegkundige beraam (standaard 7.2).
- (v) Pre-ontslagbeplanning sluit pasientonderrigdoelwitte en -aktiwiteite in (standaard 7.6).
- (w) Evaluering van doelbereiking word uitgevoer en gedokumenteer (standaard 7.7).
- (x) Daar is 'n verpleegkundige gehalteversekeringskomitee wat ten minste die volgende insluit: 'n gekwalifiseerde verpleegkundige verantwoordelik vir gehalteversekering in die hospitaal (standaard 9.3b).
- (y) 'n Gehalteversekeringsklimaat word soos volg deur die gehalteversekeringskomitee bevorder: deelnemende besluitneming deur die eenheidsbestuurders vir gehalteversekerings'aktiwiteite (standaard 9.5b).

## 6.6 AANBEVELINGS

Die volgende aanbevelings, wat uit die studie voortvloei, word gemaak:

### a) Voortgesette onderwys

Die klemverskuiwing in die suid-Afrikaanse verpleegadministrateur se roluitlewering vereis bestuursparaatheid deur hierdie praktisyns. Die daarstelling van gehalteversekeringsmeganismes, wat in privaathospitale in die vooruitsig gestel word, stel ook hoër eise aan die verpleegadministrateurs.

Die formalisering van gehalteversekering in verpleging is 'n wetenskaplike proses wat bestuursvaardighede deur die verpleegadministrateur in 'n privaathospitaal vereis. Dit is 'n formele proses waardeur standarde gestel word, werkverrigting aan die hand van die standarde beoordeel word en die nodige remediërende stappe geneem word om die gehalte van verpleging te verbeter.

Gehalteversekering vereis dus ook probleemoplossingsvaardighede wat die motivering vir gedragsverandering deur verpleegkundiges insluit. Op grond van leemtes betreffende die verpleegadministrateurs in privaathospitale se bestuurskwalifikasies, soos in die studie geïdentifiseer, is voortgesette onderwys vir die verpleegadministrateurs in privaathospitale dus noodsaaklik. Die volgende aanbevelings word in hierdie verband gemaak:

- \* Die instelling van 'n studieverlofstelsel vir verpleegadministrateurs in privaathospitale sodat hulle die geleentheid kan kry om 'n bestuurskwalifikasie te bekom.
- \* Die ontwerp en implementering van 'n kortkursus oor bestuursvaardighede, vir lysing by die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging, vir die verpleegadministrateurs in privaathospitale.

#### **b) Die formalisering van gehalteversekering**

Gehalteversekering is 'n formele proses bestaande uit opeenvolgende stappe wat verskeie gehalteversekeringsaktiwiteite insluit. Hierdie proses vereis die sistematisering van gehalteversekeringsaktiwiteite wat vanuit 'n nasionale en/of plaaslike benadering kan geskied. Die formulering van nasionale (generiese) of spesifieke standarde is 'n belangrike stap in die formalisering van gehalteversekering in verpleging.

Standaarde reflekteer die kenmerke van voortreflikheid en vorm die hoeksteen van die gehalteversekeringsproses. Die formulering van standarde vereis egter dat 'n wetenskaplike proses nageset gevolg moet word ten einde die geloofwaardigheid van die standarde te verseker. Die benutting van verpleegdiensstandarde behoort derhalwe die gehalte van verpleegdiensbestuur in privaathospitale te rig.

Ten einde die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering in Suid-Afrikaanse privaathospitale meer momentum te gee, word die volgende aanbevelings gemaak:

- \* Die herformulering en hervalidering van standaarde wat in lae graad van konsensus tussen die valideerders bereik het (vergelyk 6.5.2.4).
- \* Die publiserings van die finale standaarde vir gebruik deur verpleegadministrateurs as riglyne vir die verbetering van die gehalte van verpleegdiensbestuur in privaathospitale.
- \* Die benutting van hierdie verpleegdiensstandaarde as optimumstandaarde vir privaathospitale in Suid-Afrika as in eerste stap in die nasionale formalisering van gehalteversekering in die privaatsektor.
- \* Die gebruik van hierdie standaarde as in self-evalueringsinstrument deur die verpleegadministrateurs ten einde die gehalte van verpleegdiensbestuur in privaathospitale te rig.
- \* Die ontwerp en standaardisering van in evalueringsinstrument, gebaseer op die standaarde en gepaardgaande kriteria, soos in hierdie studie aanvaar.
- \* Die gebruik van hierdie standaarde as implementeringsriglyne deur verpleegadministrateurs in privaathospitale vir ten minste vyf jaar alvorens die gehalte van verpleegdiensbestuur in privaathospitale beoordeel word.
- \* Die opstel van riglyne vir die ontwerp en implementering van in verpleegkundige gehalteversekeringsprogram in hospitale.
- \* Die ontwerp van in personeelontwikkelingsprogram vir verpleegadministrateurs oor die skep van in gehalteversekeringsklimaat in in gesondheidsdiens.
- \* Die norm van in gemiddelde inhoudsgeldigheidsindeks, op in vierpunt-verspreidingskontinuum, van in minimum van 3,50 vir die bekragtiging van nasionale (generiese) verpleegstandaarde.

- \* In Standaardafwyking van 0,99 as die maksimum aanvaardingsnorm van konsensus tussen valideerders vir die bekragtiging van nasionale verpleegstandaarde.
- \* Die daarstelling van In nasionale organisasie vir gehalteversekering in privaathospitale.

#### c) Aanbevelings vir verdere navorsing

Hierdie studie het getoon dat navorsing oor die volgende aspekte aandag behoort te geniet ten einde die gehalte van verpleegdiensbestuur in suid-Afrika te bevorder:

- \* Die samestelling van In profiel van die verpleegadministrateurs in alle privaathospitale, insluitende die mynindustrie en gesubsidieerde privaathospitale, vir vergelykende doeleindes.
- \* In Studie oor werksbevrediging, soos deur die verpleegadministrateurs in privaathospitale ervaar.

#### 6.7 SAMEVATTING

Die doelstellings van die studie is in hierdie hoofstuk verantwoord. Die samevattende bevindinge van elke doelstelling is weergegee en die gevolgtrekkings wat daaruit voortvloei, is gemaak.

In Profiel van verpleegadministrateurs in privaathospitale is opgestel. Nasionale verpleegdiensstandaarde, wat deur In verteenwoordigende groep nasionale domeinkundiges bekragtig is, is toegelig en standaard wat verwerp is of herformulering benodig, is bespreek en weergegee. Die tersaaklike aanbevelings is gemaak en toegelig, wat die studie afsluit.

Die formalisering van gehalteversekering in privaathospitale is In tydsame en ingewikkelde proses wat hoer eise aan die verpleegadministrateur gaan stel. Dit blyk dat die verpleegadministrateurs in privaathospitale nie toereikend voorberei is om aan hierdie eise te voldoen nie. Verpleegdiensstandaarde behoort as riglyne te dien vir die handhawing van 'n hoë gehalte verpleegdiensbestuur in In hospitaal, en behoort meer momentum te gee aan die formalisering van verpleegkundige gehalteversekering in suid-Afrika.

---

## BIB L IOG R A FIE

---

ALEXANDER, EL 1978: Nursing administration in the hospital  
health care system; Second edition. St Louis: CV Mosby.

AMERICAN HOSPITAL ASSOCIATION 1983: Dynamics of utilization management. Chicago: AHA.

AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 1974: Standards of nursing practice. Kansas City: ANA.

AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 1976: Quality assurance workbook. Kansas City: ANA.

AMERICAN NURSING ASSOCIATION, 1979: Roles, responsibilities and qualifications for nurse administrators. Kansas City: ANA.

ANDERSON, PA & DAVIS, SE 1987: Nursing peer review: a developmental process. Nursing Management, 18(1), January 1987: 46-48.

ANDREWS, Y 1982: Geneeskundiges en verpleegkundiges as publieke administrators. Pretoria: HAUM.

ANDREWS, Y 1985: Die personeelfunksie. Pretoria: HAUM.

ANON. 1945: Die Volkshospitaal: 15 jaar oud. Kaapstad: Edina pers,

ANON. 1972: Groote Schuur Hospital. South African Nursing Journal, XXXIX(3), March 1972: 7-8.

ARNDT, C & HUCKABAY, LMD 1980: Nursing administration. Theory for practice with a systems approach; Second edition. St Louis: CV Mosby.



BALLANTINE, AJ 1958: Brief history of the Victoria Hospital, Wynberg. Pretoria: suid-Afrikaanse Verpleegsters-vereniging (ongepubliseerd).

BASSON, D 1987: privatiser'ing nou om die draai. Rapport, 17 Mei 1987: 4.

BERGMAN, R 1982a: Evaluation of nursing care - could it make a difference? International Journal of Nursing Studies, 19(2), February 1982: 53-60.

BERGMAN, R 1982b: The role of the unit sister - emphasis on quality of care and accountability. Curationis, 5(4), December 1982: 4-9.

BEYERS, M 1988: Quality: the banner of the 1980's. The nursing clinics of North America, September 1988: 617-623.

BLAKE, RR & MOUTON, JS 1978: The new managerial grid. Houston: Gulf.

BLAKE, RR & MOUTON, JS 1985: The managerial grid III: the key to leadership excellence. Houston: Gulf.

BLOCH, D 1977: Criteria, standards, norms - crucial terms in quality assurance. Journal of Nursing Administration, 7(7), September 1977: 20-30.

BLOCH, D 1980: Inter-related issues in evaluation and evaluation research. Nursing Research, 29(2), February 1980: 69-73.

BODO, TL 1984: Quality care assessment and assurance. Journal of Nurse-Midwifery, 29(4), July/August 1984: 261-265.

BOOYENS, SW 1987: Die toepassing van die wetenskaplike metode in verpleging in sekere suid-Afrikaanse hospitale - In gehalte-evalueringsperspektief. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika (D.Litt. et, Phil.-proefskrif).

BOOYENS, SW & UYS, LR 1989: The quality of nursing documentation in some private and provincial hospitals in the Cape Peninsula and the PWV-area. *Curationis*, 12(1&2), July 1989: 26-28.

BRINK, HIL 1984: The registered nurse tutor in the Republic of South Africa. Pretoria: University of South Africa (n.r.iece et Phil. thesis).

BRINK, HIL 1987: Statistics for nurses. pretoria: Academia.

BRUWER, A 1982: Die verpleegkundige as administrateur in psigiatriese hospitale van die Departement van Gesondheid en Welsyn. Pretoria: Universiteit van Pretoria (M.Cur.-verhandeling) •.

BRUWER, A 1986: Gehalteversekering in verplegingsdienste. Port Elizabeth: Universiteit van Port Elizabeth (D.cur.-proefskrif).

BRUWER, A 1988: Evaluating psychiatric nurses. *International Hospital Federation Official Yearbook*. London: Sabrecrown pUblishing group: 167-169.

BURKLE, WS 1982: Developing a quality assurance program for clinical services. *Hospital Pharmacy*, 17(3), March 1982: 125-147.

CARRELL, MR & KUZMITS, FE .1986: Personnel human resource management: Second edition. Ohio: Merrill PUblishing Company.

CARTER, JH; HILLIARD, M; CASTLES, MR; STOLL, LD & COWAN, A. 1976: Standards of nursing care: a guide for evaluation; Second edition. New York: Springer.

CARVER, AM 1986: Quality assurance in Saudi Arabia. *International Hospital Federation Official Yearbook*. London: Sabrecrown pUblishing group: 185-186.

CILLIERS, G 1986: Die rol van die verpleegadministrateur in personeelbestuur in hospitale. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing (verslag nr. MM-113).

CLELAND, V 1982: Relating nursing staff quality to patients' needs. *Journal of Nursing Administration*, 12(4), April 1982: 32-37.

CLOETE, JJN 1975: Administration of health services. Pretoria: JL van.Schaik.

COUPE, M 1988: QA and psychiatry; reflections on the Dutch experience. *Health Service Management*, 84(3), June 1988: 24-27.

COUPER, MP;' SMIT, PC; STOKER, DJ & STRASHEIM, A 1988: Inleiding tot opnamemetodologie. Module 2. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

COWAN, D; RADDALL, J & ABBOTT, GR 1988: Planning for developing areas. *International Hospital Federation Official Yearbook*. London: Sabrecrown publishing group: 68-70.

COX, HL 1979: Time to look again at role-based training for nurse managers. *Nursing Times*, 75(9), September 1979: 1580-1585.

DAVIS, K.& NEWSTROM, JW 1985: Human behavior at work: organizational behavior; Seventh edition. New York: McGraw-Hill.

DE BEER, J 1971: Hospital service planning; South African Hospital Symposium. Pretoria: Human Research Science Council.

DECKER, CM 1985: Quality assurance: accent on monitoring. *Nursing Management*, 16(11), November 1987: 20-24.

DE KLEIJN, AM 1988: Quality oncology care through the primary nursing modality. Johannesburg: Rand Afrikaans University (M.Cur. dissertation).

DEMING, WE 1986: out of the crisis: Center for Advanced Engineering Study. Cambridge: Massachusetts Institute of Technology.

DEMING, WE 1988: Deming Western style management. Productivity South Africa, 14(3), June/July 1988: 22.

DEMPSEY, PA & DEMPSEY, AD 1981: The research process in nursing. Monterey: Wadsworth.

DEPARTEMENT GESONDHEIDSDIENSTE EN WELSYN, ADMINISTRASIE: VOLKSRAAD 1989: Statistieke privaathospitale (ongepubliseerd).

DEPARTEMENT NASIONALE GESONDHEID EN BEVOLKINGSONTWIKKELING 1986: In Nuwe bedeling: gesondheidsplan vir Suid-Afrika. Pretoria: Departement van Nasionale Gesondheid en Bevolkingsontwikkeling.

DESSLER, G 1980: Organization theory: integrating structure and behaviour. Englewood Cliffs: Prentice Hall.

DESSLER, G 1983: Applied human relations. Reston, Va: Reston Publishing Company.

DEVET, C 1986: Monitoring: controlling the QA agenda. Nursing Management, 17(11), November 1986: 52-56.

DIE BYBEL 1983: Nuwe vertaling. suid-Afrika: Bybelgenootskap.

DIVINCENTI, M 1986: Administering nursing service; Second edition. Boston: Little Brown.

DOLAN, JA 1973: Nursing in society. A historical perspective; Thirteenth edition. London: WB Saunders.

DONABEDIAN, A 1969: Medical care appraisal - quality and utilization. A guide to medical administration. New York: American Public Health Association.

approaches to its measurement. Volume 1: Explorations in quality assessment and monitoring. Michigan: Health Administration Press.

DONABEDIAN, A 1986: Criteria and standards for quality assessment and monitoring. Quality Review Bulletin, 12(3), March 1986: 99-100.

DORFLING, PJJ; VERWEY, AM & JOUBERT, JPR 1988: The link between top management values and organisational culture: an empirical study. Productivity South Africa, 14(3), June/July 1988: 26-29.

DOUGLAS, J; KLEIN, S & HUNT, D 1985: The strategic managing of human resources. New York: John Wiley & Sons.

DOUGLASS, LM 1984: The effective nurse. Leader and manager; Second edition. St Louis: CV Mosby.

DOUGLASS, LM & BEVIS, O 1983: Nursing management and leadership in action; Fourth edition. St Louis: CV Mosby.

DRUCKER, PF 1968: The practice of management. London: Pan Books.

DRUCKER, PF 1982: The practice of management; Fifteenth edition. Londone Pan Books.

DU TOIT, DA 1983: Die hospitaal as 'n burokrasie. Curationis, 6(2), Junie 1983: 11-18.

DYKSTRA, EH 1989: Why go international in health care? International Health Care, 1(1), March 1989: 3.

EPSTEIN, SP 1965: Links in memory's golden chain. South African Nursing Journal, XXXII(11), November 1965: 23-30.

ERIKSEN, LR 1987: Patient satisfaction: an indicator of nursing care quality? Nursing Management, 18(7), July 1987: 31-35.

The essentials of quality assurance for physicians, nurses, and clinical support services. Wiesbaden: G-7 International Academy of Health Care Management. (Study course manual) .

ESTERHUYSEN, AM 1987: Bestuur in verpleging. Curationis, 10(4), Desember 1987: 21-27.

FAY, MS & MORRILL, AK 1985: The grievance-arbitration process. The experience of one nursing administration. Journal of Nursing Administration, 15(6), June 1985: 11-16.

FIFER, WR 1987: Quality assurance in the computer era. Quality Review Bulletin, 13(8), August 1987: 266-270.

FITCH, H 1986: JCAH standards for quality assurance: the basics. Nursing Management, 17(10), October 1986: 68-69.

FOGLESONG, D 1987: Standards promote effective production. Nursing Management, 18(1), January 1987: 24-27.

FROEBE, DJ & BAIN, RJ 1976: Quality assurance programs and controls in nursing. St Louis: Mosby.

GARREL, M 1979: Quality assurance monitoring and quality assurance programs: a system for improving patient care. Connecticut Medicine, 43(9), September 1979: 579-580.

GERBER, PD; NEL, PS & VAN DYK, PS 1987: Mannekragebestuur. Johannesburg: Southern Boekuitgewers.

GILLEM, BS 1988: Deming's 14 points and hospital quality: Responding to the consumer's demand for the best value health care. Journal of Nursing Quality Assurance, 2(3), May 1988: 70-78.

GILLIES, DA 1982: Nursing management: a systems approach. Philadelphia: WB Saunders.

GILLILAND, J 1978: Gesondheidsdienste en verantwoordelikhede onder die nuwe wet van 1977. *Curationis*, 1(1), Junie 1978: 9-12. •

GOLDSMITH, J 1988: 2036 - A health care odyssey. *The International Hospital Federation*, 24(1), September 1988: 5-8.

GOMES, L 1987: Nier-wonderwerk. *Rapport*, 19 Julie 1987: 26.

GOODRICH, NM 1982: A profile of the competent nursing administrator. Ann Arbor: UMI Research Press.

GOODWIN, LD & GOODWIN, WL 1984: Qualitative vs quantitative research or qualitative and quantitative research? *Nursing Research*, 33(6), November/December 1984: 378-380.

HAFFER, A 1986: Facilitating change. Choosing the appropriate strategy. *The Journal of Nursing Administration*, 16(4), April 1986: 18-22.

HAMILTON, S 1988: Quality assurance in perioperative nursing practice. Johannesburg: Rand Afrikaans University (M.Cur. dissertation).

HANNEKE, M & VAN, MAANEN, T 1981: Improvement of quality of nursing care: a goal to challenge in the eighties. *Journal of Advanced Nursing*, 6(9), September 1981: 3-9.

HARMSWORTH, H 1987: The principle problems. *Private Hospitals. A survey. Supplement to Financial Mail*, July 3, 1987: 8-9.

HARRINGTON, P & KANIECKI, N 1988: Standards and QA - a common sense approach. *Nursing Management*, 19(1), January 1988: 24-27.

HARVEY, G 1988a: Raising the standards. The right tools for the job. *Nursing Times*, 84(26), June 29, 1988: 47-48.

HARVEY, G 1988b: Raising the standards. More tools for the job. Nursing Times, 84(28), July 13, 1988: 33-34.

HAYES, T 1988: Deelnemende bestuur - hoe werk dit? **Publico**, 8(4), Augustus 1988: 22-23.

HENDERSON, V 1966: The nature of nursing. A definition and its implications for practice, research and education. New. York: MacMillan.

HERSELMAN, M 1989: 'n Gedesentraliseerde organisasie-ontwerp vir verpleegbestuur. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (M.Cur.-verhandeling).

HERSEY, P & BLANCHARD, K 1982: Management of organizational behavior: utilizing human resources. New Jersey: Prentice Hall.

HOSPITAL & NURSING YEARBOOK OF SOUTHERN AFRICA 1973. Johannesburg: Thomson Publications.

HOSPITAL & NURSING YEARBOOK OF SOUTHERN AFRICA 1988. Johannesburg: Thomson Publications.

HOVER, J & ZIMMER, MJ 1978: Nursing quality assurance: the Wisconsin system. Nursing Outlook, 26(4), April 1978: 242-248.

HUMAN, SP 1987: Die epidemioloogverpleegkundige in HF Verwoerd-hospitaal. Pretoria: Universiteit van Pretoria (M.Cur.-verhandeling).

ISAAC, DN 1983: Suggestions for organizing a quality assurance program. Quality Review Bulletin, 9(3), March 1983: 68-72.

JARVIS, BM 1983: Quality assurance - towards a workable definition. The New Zealand Nursing Journal, 35(4), June 1983: 12-15.



JERNIGAN, DK & YOUNG, AB 1983: Standards, job descriptions, and performance evaluations for nursing practice. Norwalk: ACC.

JESSEE, WF 1981: Approaches to improving the quality of health care: organizational change. *Quality Review Bulletin*, 7(7), July 1981: 6-11.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS 1980: The QA guide. A resource for hospital quality assurance. Chicago: JCAH.

JOINT COMMISSION ON ACCREDITATION OF HOSPITALS 1988: Accreditation Manual for Hospitals. Chicago: JCAH.

KENDALL, H 1988: Raising the standards. The West Berkshire approach. *Nursing Times*, 84(27), July 6, 1988: 33-34.

KIBBEE, P 1988: An emerging professional: the quality assurance nurse. *Journal of Nursing Administration*, 18(4), April 1988: 30-33.

KING, B 1981: Quality assurance programmes for nurses. *Australian Health Review*, 4(1), January 1981: 14-15.

KIRCHHOFF, KT; SYLWESTRAK, ML; CHENELLY, S & MCLANE, C 1988: Evaluation of adherence to policy and procedures. *Nursing Management*, 19(1), January 1988: 51-54.

KITSON, A 1988: Raising the standards. *Nursing Times*, 84(25), June 22, 1988: 28-32.

KOMMISSIE VIR ADMINISTRASIE 1986: Personeel-administrasiestandaard: beroepsklas verpleegpersoneel, Bylaag C. 1986: 13-14.

KOONTZ, H; O'DONNELL, D & WEIHRICH, H 1984: Management; Eighth edition. London: McGraw-Hill.

KOSKA, MT 1989: Quality - thy name is nursing care. *Hospitals*, February 5, 1989: 32.

KOTZé, WJ 1979: Begeleiding in die verpleegkunde. pretoria: Suid-Afrikaanse verpleegstersvereniging.

KRAMER, M& SCHMALENBERG, 1988a: Magnet hospitals: Part I. Institutions of excellence. Journal of Nursing Administration, 18(1), January 1988: 13-24.

KRAMER, M & SCHMALENBERG, 1988b: Magnet hospitals: Part II. Institutions of excellence. Journal of Nursing Administration, 18(2), February 1988: 11-19.

LAING, M & NISH, M 1981: Eight steps to quality assurance. The Canadian Nurse, 77(10), November 1981: 23-25.

LANCASTER, J & LANCASTER, W 1982: Concepts for advanced nursing practice. The nurse as a change agent. St Louis: CV Mosby.

LANG, NM 1976: The overview of quality assurance, definition and purpose of a quality assurance plan: a model for quality assurance in nursing. St Louis: CV Mbsby.

LANHAM, G 1981: Quality assurance in USA. World Hospitals, 17(1), February 1981: 13-17.

LINDY, CN 1980: A three-part approach to quality assurance in nursing. Quality Review Bulletin, 6(3), March 1980: 12-16.

LOGGERFO, JP 1986: The cost of quality of care. World Hospitals, XXII(1), March 1986: 29-30.

LOMBARD, A red. s.j. Gekonsolideerde ordonnansies van Transvaal: 1902-1942, Deel II. pretoria: Minerva Drukkers.

LYNN, MR 1986: Determination and quantification of content validity. Nursing Research, 35(6), November/December 1986: 382-385.

MAC CARTY, H 1947: The story of Johannesburg hospital. South African Nursing Journal, XIV(9), September 1947: 14-18; 41.

MACIOROWSKI, LF; LARSON, E & KEANE, A 1985: Quality assurance - evaluate thyself. Journal of Nursing Administration, 15(6), June 1985: 38-42.

MACKEY, CL 1988: Creative retention and recruitment. Nursing Management, 19(2), February 1988: 25-27.

MARRINER, A 1984: Guide to nursing management: Second edition. St Louis: CV Mosby.

MASON, EJ 1978: How to write meaningful nursing standards. New York: John Wiley & Sons.

MATHESON, MD 1983: Designing a quality assurance program: an approach that works. The Hospital Medical Staff, 12(4), April 1983: 11-17.

MAYERS, MG; NORBY, RB & WATSON, AB 1977: Quality assurance for patient care: nursing perspectives. New York: ACC.

McCLURE, M; POULIN, Mi SOVIE, M & WANDELT, M 1982: Attraction and retention of professional nurses. Kansas City, MO: American Nurses Association.

MELLISH, JM 1985: Administering the practice of nursing. Durban: Sutterworths.

MILER, R & DRAKE, M 1980: Standards of nursing performance. Tools for assuring quality care. Quality Review Bulletin, 6(5), May 1980: 16-19.

MINTZBERG, H 1975: The manager's job: folklore and fact. Harvard Business Review, 53(4), April 1975: 49-61.

MOLONEY, MM 1979: Leadership in nursing. Theory, strategies, action. St Louis: CV Mosby.

MOUTON, J 1983: Kwantitatiewe en kwalitatiewe metodologiee in die geesteswetenskappe. *South African Journal of Sociology*, 14(4), April 1983: 124-131.

MOUTON, J & MARAIS, HC 1988: Metodologie van die geesteswetenskappe: basiese begrippe. Pretoria: Raad vir Geesteswetenskaplike Navorsing.

MULLER, ME 1986: Kwaliteitversekering in In kardio-torakale verpleegeenheid. Pretoria: Universiteit van Suid-Afrika (M.A.(Cur).-verhandeling).

NASIONALE ASSOSIASIE VAN PRIVAATHOSPITALE 1986: NAPH-u waarborg van kwaliteit en integriteit. Johannesburg: NAPH (inligtingspamflet).

NATIONAL LEAGUE FOR NURSING, 1976: Quality assurance models for nursing education. New York: NLN Publication No 1611.

NEL, CM 1983: Selfevaluering vir die verplee§diensbestuurder in beheer van In verpleegdiens. Pretoria: Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

NEW, JR & COUILLARD, NA 1981: Guidelines for introducing change. *Journal of Nursing Administration*, 11(3), March 1981: 17-21.

NIGHTINGALE, F 1980: Notes on nursing. What it is, and what it is not; Reprint. London: Churchill Livingstone.

NORDEN, J 1986: Quality assurance and hospital costs. *International Hospital Federation Official Yearbook*. London: Sabrecrown publishing group: 183-184.

OTT, MJ 1987: Quality assurance: monitoring individual compliance with standards of nursing care. *Nursing Management*, 18(5), May 1987: 57-64.

PADILLA, GV & GRANT, MM 1982: Quality assurance program for nursing. *Journal of Advanced Nursing*, 7(2), March 1982: 135-145.

PAINE, L 1983: World symposium for quality in health care; Geneve: 22-24 June 1983. Chicago: JCAH.

PATON, F 1986: priority areas for nursing research. *Curationis*, 9(2), February 1986: 13-14.

PERA, SA 1985: Nursing in the private health services in the Republic of South Africa: a profile of professional practice. Port Elizabeth: University of Port Elizabeth (D.Cur. thesis).

PETERS, M 1989: Quality and productivity. The Deming-perspective. *productivity South Africa*, 15(2), April/May 1989: 25-26.

PETERS, TJ .& WATERMAN, RH Jr 1982: In search of excellence. New York: Harper & Row.

.PHANEUF, MC 1976: The nursing audit: self-regulation in nursing practice; Second edition. Sydney: ACC.

PHANEUF, MC & WANDELT, MA 1981: Three methods of process orientated nursing evaluation. *Quality Review Bulletin*, 7(8), August 1981: 20-26.

PLUNKETT, LC & HALE, GA 1982: The proactive manager. The complete book of problem solving and decision making. New York: John Wiley & Sons.

POLIT, D & HUNGLER, B 1983: Nursing research: principles and method; Second edition. Philadelphia: JB Lippincott.

POTEET, GW 1988: Identifying the components of a nursing service philosophy. *Journal of Nursing Administration*, 18(10), October 1988: 29-33.

PYNE, RH 1981: Professional discipline in nursing. Theory and practice. Boston: Blackwell Scientific Publications.

RENDALL, M 1982: Quality control without tears. *Health and Social Service Journal*, 92(4817), October 7, 1982: 1195-1198.

RICE, LM 1989: Quality assurance: enhancement of professional integrity. *International Health Care*, 1(1), March 1989: 1-2.

ROBERTSON, B 1984: The nurse administrator in South Africa. Past and present -perspectives, future predictions. Pretoria: University of South Africa (D. Litt. et Phil. thesis).

ROTEM, A & FAY, J 1987: Self-assessment for managers of health care. How can I be a better manager? Geneva: World Health Organization (WHO Offset Publications no. 87).

ROTKOVITCH, R 1976: Quality patient care and the role of the clinical nursing specialist. New York: Wiley & Sons.

ROUX, J 1988: Die interhospitaalvervoer van?'siek neonate. Johannesburg: Randse Afrikaanse Universiteit (M.Cur.-verhandeling).

ROUX, JP 1984: Implikasies van die grondwet vir gesondheidsdienste. *Curationis*, 7(2), Junie 1984: 15-20.

SANAZARO, PJ 1986: The principles of quality assurance in health care. *World Hospitals*, XXII(1), March 1986: 27-29.

SCHILBACH, C 1983: Die ontwikkeling van leierskapvaardighede by middelvlakbestuurders. Pretoria: Universiteit van Pretoria (D.Com.-proefskrif).

SCHROEDER, PSi MAIBUSCH, RMi ANDERSON, CA & FORMELLA, NM 1982: A unit-based approach to nursing quality assurance. *Quality Review Bulletin*, 8(3), March 1982: 10-13.

SCHROEDER, PS & MAIBUSCH, RM 1984: Nursing quality assurance. A unit-based approach. Maryland: Aspen.

SCHROEDER, SA 1987: Outcome assessment 70 years later: are we ready? The New England Journal of Medicine, 316(3), January 15, 1987: 160-162.

SEARLE, C 1965: Die geskiedenis van die ontwikkeling van verpleging in suid-Afrika 1652-1960. 'n Sosio-historiese oorsig. Pretoria: suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

SEARLE, C 1968: Brief series no. 2: An outline of the responsibilities of certain grades of nursing personnel in hospitals in the Republic of South Africa. pretoria: South African Nursing Association.

SEARLE, C 1987: Professionele praktyk. 'n suid-Afrikaanse verpleegperspektief. Durban: Butterworth.

SHAW, CD 1986: Quality assurance: what the colleges are doing. London: King's Fund Centre.

SIMPSON, MA 1987: The background to privatisation: coping with the demand explosion. Private Bealth Care in South Africa, 1987: 86-89 & 96•

SNIFF, D 1980: The evolution of a quality assurance program. Quality Review Bulletin, 6(1), January 1980: 26-29.

SNYCKERS, H 1986: Privatisation and deregulation of health care in South Africa. Consolidated report of the four working groups on privatisation and deregulation to the health services advisory council (unpublished).

SPIER, A 1982: Towards viable health care systems for South Africa. Final report. Sandton: Syncom (pty) Ltd.

SPIER, A 1987: The way forward. Private Hospitals. A survey. Supplement to Financial Mail, July 3, 1987: 5-6.

SPRADLEY, BW 1980: Managing change creatively. Journal of Nursing Administration, 10(5), May 1986: 32-37.

STEVENS, BJ 1983: First line patient care management: Second edition. London: Aspen.

SUID-AFRIKA (Republiek) 1977: Wet op Gesondheid, No. 63 van 1977. Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA (Republiek) 1983: Wet op Basiese Diensvoorwaardes, No. 3 van 1983. Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA (Republiek) 1986: Witskrif oor die verslag van die Kommissie van Onderzoek na Gesondheidsdienste (Die Browne-verslag). Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA (Republiek) 1987: Witskrif oor privatisering en Deregulering in die Republiek van Suid-Afrika. Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKA (Republiek) 1988: Wetsontwerp om voorsiening te maak vir 'die instelling van 'n Raad vir Privaathospitale en vir aangeleenthede wat daarmee in verband staan. Staatskoerant, No. 11396, Julie 1988: 12-16.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING s.j.: Die filosofie en beleid van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging ten opsigte van professionele verpleegopleiding. Pretoria: suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING 1984: Regulasies betreffende die bestek van praktyk van persone wat kragtens die Wet op Verpleging, 1978, geregistreer of ingeskryf is (R2598). Pretoria: Staatsdrukker.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING 1988a: Statistiese opgawe vir die kalenderjaar 1988. Pretoria: Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

SUID-AFRIKAANSE RAAD OP VERPLEGING 1988b: Riglyne vir die opstel van gebeurlikheidsplanne. Pretoria: Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging (ongepubliseerd).

SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING s.j.: Verpleegkaleidoskoop sensusvraelys. Pretoria: suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.



SUID-AFRIKAANSE VERPLEEGSTERSVERENIGING 1989. Verpleegkaleidoskoop:RSA 1984-1987. pretoria: Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

THOMPSON, RAE 1980: Nursing personnel administration within a hospital. Cape Town: University of Cape Town (M.Cur. dissertation).

TOBIN, *HMj*. WISE, PSY & HULL, PK 1979: The process of staff development. Components for changej Second edition. St Louis: CV Mosby.

TOFFLER, A 1984: Previews and premises. London: Pan Books.

TRECKER, HB & TRECKER, AR 1979: Working with groups, committees and communities. Chicago: Follett Publishing Company.

TREECE, EW & TREECE, JW 1982: Elements of research in nursingj Third edition. St Louis: CV Mosby.

UYS, HHM 1985: Die verpleegkundige bydrae tot rehabilitasie van die pasient met nierversaking in die eindstadium. Pretoria: Universiteit van Pretoria (D.Cur.-proefskrif).

UYS, HHM & BASSON, AA 1983: Navorsingsmetodologie in die verpleegkunde. pretoria: HAUM.

UYS, LR 1982: Kurrikulumontwikkeling in Verpleegkunde. Landsdown: PJ de Villiers.

UYS, *LRj* BOOYENS, *SJj* BRUWER, *Aj* COETZEE, *Lj* FOLSCHER, CW & VAN BRUGGEN, A 1988a: Standaard vir die dokumentering van verpleegpraktyk in algemene hospitale in die Republiek van Suid-Afrika. (RGN-verslag - ongepubliseerd).

UYS, *LRj* COETZEE, *Lj* MULLER, *MEj* ROBERTSON, B; VERMAAK, M & VILJOEN, M 1988b: Pasientonderrigstandaarde vir die verpleegpraktyk in algemene hospitale. (RGN-verslag - ongepubliseerd).

VANN, A 1987: Privatisation of health care. Hospital and Nursing Year Book of Southern Africa 27th edition. Cape Town: Engelhardt & Co.

VAN NIEKERK, WA 1986: Privatisering- moontlikhede en perke. Salus, 9(4), September 1986: 8-9.

VAN TONDER, S 1984: Rolverwagting van gebiedstoeshouers in 'n aantal Transvaalse provinsiale hospitale. Curationis, 7(3), Maart 1984: 31-32j 56.

VAN TONDER, S 1987: Die omvang van nie-verplegingstake deur geregistreerde verpleegkundiges in geselekteerde akademiese en opleidingshospitale van die Republiek van Suid-Afrika. Port-Elizabeth: Universiteit van Port Elizabeth (D.Cur'.-proefskrif).

VERMAAK, MV 1972: Die provinsiale hospitaal, Welkom. Suid-Afrikaanse Verplegingstydskrif, XXXIX(2), Februarie 1972: 7-8.

VERMAAK, MV 1981: Hoe beleef pasiente hul verpleegsorg? Curationis, 4(3), Maart 1981: 25-30.

VOCKELL, EL 1983: Educational research. New York: Mac-Millan.

VOGT, JFj COX, JLj VELTHOUSE, BA & THAMES, BH 1983: Retaining professional nurses. St Louis: CV Mosby.

WANDELT, MA & AGER, JW 1974: Quality patient care *scalej* Second edition. Sydney: ACC.

WANDELT, MA & STEWART, DS 1975: Slater nursing competencies rating scale. New York: ACC.

WELZ, M 1985a: Die hospitaal-fiasko. Rapport, 25 Augustus 1985: 10.

WELZ, M 1985b: Gesondheid: 'n nuwe stelsel kom. Rapport, 18 September 1985: 15.

WELZ, M 1985c: Wins private hospitale se oogmerk. Rapport, 18 September 1985: 15.

WERKSKOMITEEVERSLAG: 1989. Verslag van die werkskomitee, Subkomitee op Verpleging, Adviserende Komitee vir Gesondheidsake (ongepubliseerde verslag).

WHETSONE, WR 1977: The nurse administrator: a study in perceptions of competencies needed for management effectiveness. Pittsburgh: University of Pittsburgh.

WILL, EA 1983: Quality assurance in nursing. New Zealand Hospital, 35(6), July 1983: 8-9.

WILLIAMSON, D 1987a: The industry viewpoint. Private Hospitals. A Survey. Supplement to Financial Mail, July 3, 1987: 6-8.

WILLIAMSON, D 1987b: Nothing but the best. Private Hospitals. A Survey. Supplement to Financial Mail, July 3, 1987: 12-15.       "

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1982: Development of standards of nursing practice. Report on a WHO meeting. Sundvollen Norway: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1983: The principles of quality assurance. Copenhagen: World Health Organization Regional Office for Europe (EURO Reports and Studies no. 94).

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1984: Preparation of guidelines for standards of nursing practice. Report on a working group. Brussels: WHO.

WORLD HEALTH ORGANIZATION 1985: Summary report. Working group on training for quality assurance. Italy: WHO.

WRIGHT, D 1984: An introduction to the evaluation of nursing care: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing, 9(6), June 1984: 457-467.

BYLAE EEN

Posbus 5188  
HORISON  
1730  
10 Mei 1989

Telefoon: 011 7602500

Geagte Kollega

**Navorsing: Verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale**

Ek versoek u vriendelik om aan hierdie navorsing deel te neem. Een van die doelstellings van hierdie studie is om 'n profiel van die persoonlike, opvoedkundige en professionele kenmerke van die verpleegadministrateur (matrone) in privaathospitale in Suid-Afrika op te stel.

Aangesien u deelname 'n belangrike bydrae tot die akkuraatheid van die navorsing sal lewer, hoop ek van harte dat u bereid sal wees om van u tyd af te staan om die ingeslote vraelys te voltooi. Bevindinge van die voortoetsing dui aan dat dit moontlik 15-20 minute van u tyd in beslag sal neem.

Alle antwoorde sal streng vertroulik behandel word en niemand sal weet watter antwoorde u persoonlik gegee het nie. Geen individu of instelling sal geïdentifiseer word wanneer die resultate bespreek word nie; slegs statistiese opsommings sal benut word. U anonimiteit sal dus gerespekteer word.

Stuur asseblief die voltooide vraelys so gou as moontlik in die ingeslote gefrankeerde koevert terug. Ek sal dit waardeer indien dit my teen 5 Junie 1989 kan bereik.

By voorbaat dank vir u bereidwilligheid om deel te neem.

Die uwe

---

Mej ME Muller  
Senior lektrise  
Departement Verpleegkunde: RAU

--	--	--

 (1-3)

D (4)

Beantwoord asseblief elke vraag deur In x in die toepaslike itemblok te maak, tensy anders gespesifiseer.

A. PERSOONLIKE DATA

1. Geslag:

- |     |         |   |     |
|-----|---------|---|-----|
| 1.1 | Manlik  | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 1.2 | Vroulik | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> | (5) |

2. Huidige huwelikstatus:

- |     |                  |   |     |
|-----|------------------|---|-----|
| 2.1 | Nooit getroud    | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 2.2 | Getroud          | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 2.3 | Geskei           | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 2.4 | Weduwee/wewenaar | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> | (6) |

3. Huidige ouderdomsgroep: (in jare)

- |     |            |   |     |
|-----|------------|---|-----|
| 3.1 | Onder 25   | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 3.2 | 25-34      | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 3.3 | 35-44      | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 3.4 | 45-54      | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 3.5 | 55 en ouer | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> | (7) |

Ouderdom: \_\_\_\_\_

4. Bevolkingsgroep:

- |     |           |   |     |
|-----|-----------|---|-----|
| 4.1 | Asiaties  | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 4.2 | Swart     | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 4.3 | Kleurling | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 4.4 | Blank     | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> | (8) |

5. Getal afhanklikes: (kinders, ouers, ens.)

- |     |            |   |     |
|-----|------------|---|-----|
| 5.1 | Geen       | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 5.2 | Slegs een  | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 5.3 | 2-4        | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> |     |
| 5.4 | meer as 4- | <table border="1" style="width: 30px; height: 20px;"></table> | (9) |

6. Huistaal:

6.1	Afrikaans	<input type="checkbox"/>	
6.2	Engels	<input type="checkbox"/>	
6.3	Ander	<input type="checkbox"/>	(10)

Opmerking: \_\_\_\_\_

B. OPVOEDKUNDIGE INLIGTING

1. Aard van basiese verpleegopleidingsprogram voltooi:

1.1	Weet nie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.2	SARV*-diploma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.3	Baccalaureusgraad (Universiteit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
1.4	Ander (spesifiseer asseblief)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(11)

\_\_\_\_\_

2. Professionele kwalifikasies (SARV-geregistreerd):

	Ja	Nee	
2.1		<input type="checkbox"/>	(12)
2.2		<input type="checkbox"/>	(13)
2.3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(14)
2.4	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(15)
2.5		<input type="checkbox"/>	(16)
2.6		<input type="checkbox"/>	(17)
2.7		<input type="checkbox"/>	(18)
2.8		<input type="checkbox"/>	(19)
2.9	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(20)
2.10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(21)
2.11		<input type="checkbox"/>	(22)
2.12		<input type="checkbox"/>	(23)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* SARV = Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging

3. Wat is tans u hoogste professionele verpleegkundige kwalifikasie?

- |     |                                |  |  |      |
|-----|--------------------------------|--|--|------|
| 3.1 | Weet nie                       |  |  | (24) |
| 3.2 | Diploma Algemene Verpleegkunde |  |  |      |
| 3.3 | Na-basiese diploma(s)          |  |  |      |
| 3.4 | Baccalaureusgraad              |  |  |      |
| 3.5 | Honneursgraad                  |  |  |      |
| 3.6 | Magistergraad                  |  |  |      |
| 3.7 | Doktorale graad                |  |  |      |

4. Besit u enige akademiese kwalifikasies in 'n ander dissipline (nie-verpleegkundig)?

- |                            |  |      |
|----------------------------|--|------|
| Nee                        |  | (25) |
| Ja (spesifiseer asseblief) |  |      |

5. Is u tans besig met verdere formele studie?

- |     |                            |  |      |
|-----|----------------------------|--|------|
| 5.1 | Nee                        |  | (26) |
| 5.2 | Ja (spesifiseer asseblief) |  |      |

6. Indien u nie tans besig is met verdere formele studie nie dui asseblief die rede(s) aan.

- |     | Ja | Nee |   |
|-----|----|-----|---|
| 6.1 |    |     | Gesinsverantwoordelikhede verhoed dit (27)  |
| 6.2 |    |     | Ek het geen behoefte daaraan nie (28)       |
| 6.3 |    |     | My werklading is te hoog (29)               |
| 6.4 |    |     | Kursusse is te duur (30)                    |
| 6.5 |    |     | Kursusse word op ongelee tye aangebied (31) |
| 6.6 |    |     | Ander (spesifiseer asseblief) (32)          |

## C. INDIENSNEMINGSINLIGTING

### 1. Provinsie van indiensneming:

- |     |                 |  |  |      |
|-----|-----------------|--|--|------|
| 1.1 | Kaapprovinsie   |  |  | (33) |
| 1.2 | Natal           |  |  |      |
| 1.3 | Oranje-Vrystaat |  |  |      |
| 1.4 | Transvaal       |  |  |      |

### 2. Indiensnemingstatus:

- |     |          |   |      |
|-----|----------|---|------|
| 2.1 | Voltyds  | □ | (34) |
| 2.2 | Deeltyds |   |      |

### 3. Watter pas beklee u tans?

- |     |  |   |      |
|-----|--|---|------|
| 3.1 | Nasionale/streeksbestuurder                        | □ | (35) |
| 3.2 | Bestuider (matrone) in bevel van kliniek/hospitaal |   |      |

### 4. Grootte van u kliniek/hospitaal:

- |     |                    |  |  |      |
|-----|--------------------|--|--|------|
| 4.1 | Nie van toepassing |  |  | (36) |
| 4.2 | 1-49 beddens       |  |  |      |
| 4.3 | 50-99 beddens      |  |  |      |
| 4.4 | 100-199 beddens    |  |  |      |
| 4.5 | 200 en meer        |  |  |      |

### 5. Wat is die aard van verpleging (velde/dissiplines) in u kliniek/hospitaal?:

- |     | Ja                       | Nee |      |
|-----|--------------------------|-----|------|
| 5.1 | Medies                   |     | (37) |
| 5.2 | Chirurgies               | □   | (38) |
| 5.3 | Operasiesaal             | □   | (39) |
| 5.4 | Intensiewe sorg          | □   | (40) |
| 5.5 | Ortopedies               |     | (41) |
| 5.6 | Verloskunde              |     | (42) |
| 5.7 | Onkologie                |     | (43) |
| 5.8 | Pediatrie                |     | (44) |
| 5.9 | Ander (spesifiseer asb.) |     | (45) |

---



---



D. PROFESSIONELE INLIGTING

1. Jare van kliniese ervaring voordat u in 'n bestuurspos aangestel is:

1.1	Minder as 1 jaar			
1.2	1-2 jaar			
1.3	3-4 jaar			
1.4	5 of meer jaar			(46)

2. In watter van die volgende verpleegareas het u ten minste 6 maande kliniese/praktiese ervaring as 'n geregistreerde verpleegkundige opgedoen voordat u in u huidige POs as verpleegadministrateur (matrone) aangestel is?

	Ja	Nee	
2.1			(47)
2.2			(48)
2.3			(49)
2.4			(50)
2.5			(51)
2.6			(52)
2.7			(53)
2.8			(54)
2.9			(55)
2.10			(56)
2.11			(57)
2.12			(58)

Opmerking: \_\_\_\_\_

3. Hoe lank beklee u reeds u huidige pos as in verpleegadministrateur (matrone) in die privaatsektor?

3.1	Minder as 1 jaar			
3.2	1-2 jaar			
3.3	2-3 jaar			
3.4	4-5 jaar			
3.5	5-10 jaar			
3.6	11 of meer jaar			(59)

4. Dui asseblief die rede(s) aan wat u besluit beïnvloed het om In pas as verpleegadministrateur (matrone) in die privaatsektor te aanvaar.

Ja      Nee

- |     |                                    |                          |                          |      |
|-----|------------------------------------|--------------------------|--------------------------|------|
| 4.1 | Belangstelling in bestuur          |                          |                          | (60) |
| 4.2 | Gerieflike ure                     | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (61) |
| 4.3 | Beter salaris of salarispotensiaal | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | (62) |
| 4.4 | Frustrasie in vorige werk          | <input type="checkbox"/> |                          | (63) |
| 4.5 | Meer tyd om aan gesin te bestee    |                          |                          | (64) |
| 4.6 | Hoër aansien                       |                          |                          | (65) |
| 4.7 | Sal meer outonomie geniet          |                          |                          | (66) |
| 4.8 | Ander (.spesifiseer asseblief)     |                          |                          | (67) |

---



---



---



---

5. Hoeveel werksbevreëdiging ervaar u tans in u huidige pas?

- |     |                   |                          |      |
|-----|-------------------|--------------------------|------|
| 5.1 | Minimaal          | <input type="checkbox"/> |      |
| 5.2 | Gemiddeld/redelik | <input type="checkbox"/> |      |
| 5.3 | Hoë graad         | <input type="checkbox"/> | (68) |

6. Voel u dat u toereikend voorberei is om aan dLe eise van u huidige pos/rol, as In"verpleegadministrateur in In privaatkliniek/hospitaal, te voldoen?

- |     |                  |                          |      |
|-----|------------------|--------------------------|------|
| 6.1 | Ja               | <input type="checkbox"/> |      |
| 6.2 | Nee              | <input type="checkbox"/> |      |
| 6.3 | Onseker/weet nie | <input type="checkbox"/> | (69) |

Opmerking: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

(1-3)

**0** (4)

**7. Duiasseblief u persoonlike opvoedkundige behoeftes, verwant tot u huidige pos, aan.**

Ja      Nee

7.1	Beplanning			(5)
7.2	Begroting/finansiële bestuur	<input type="text"/>		(6)
7.3	arganisering	<input type="text"/>		(7)
7.4	Formulering van verpleegdiensfilosofie	<input type="text"/>		(8)
7.5	apstel/formulering van doelstellings en doelwitte			(9)
7.6	Skryf en opstel van beleidshandleidings			(10)
7.7	Bepaling van verpleegkundige werklading-indeks			(11)
7.8	Werwing van verpleegpersoneel			(12)
7.9	Keuring van verpleegpersoneel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(13)
7.10	Aanstelling en plasing van personeel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(14)
7.11	Toekenning van verpleegpersoneel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(15)
7.12	Skryf/opstel van posbeskrywings		<input type="text"/>	(16)
7.13	pasient-toewysingsmetodes		<input type="text"/>	(17)
7.14	Personeelskedulering		<input type="text"/>	(18)
7.15	Grieweprosedures		<input type="text"/>	(19)
7.16	Konflikbestuur		<input type="text"/>	(20)
7.17	Dissiplinere prosedures		<input type="text"/>	(21)
7.18	Kommunikasieprosedures (vergaderings/komitees)			(22)
7.19	Beroepsgesondheidsprogramme vir personeel	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(23)
7.20	Induksie en oriënteringsprogramme	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(24)
7.21	personeelontwikkeling/indiensopleidings-programme			(25)
7.22	personeelevaluering	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(26)
7.23	Hou van personeelrekords en -statistieke	<input type="text"/>	<input type="text"/>	(27)
7.24	Wetenskaplike verpleging; metodes/dokumentering			(28)
7.25	Rampbeplanning			(29)
7.26	Gebeurlikheidsplan vir personeelkrisisse			(30)
7.27	Gehalteversekeringsprogramme			(31)
7.28	antwerp van evalueringsinstrumente			(32)
7.29	Evaluering van gehalteverpleging			(33)
7.30	Leierskapvaardighede			(34)
7.31	Ander (spesifiseer asseblief)			(35)

Baie dankie vir u samewerking.

BYLAE TWEE

PO Box 5188  
HORISON  
1730  
10th May 1989

Phone no: all 7602500

Dear Colleague

Research: Nursing service standards for private hospitals

I am kindly requesting you to take part in this research. One of the objectives of this study is to present a profile of the personal, educational and professional characteristics of the nurse administrator (matron) of private hospitals in South Africa.

As your participation is very important to the accuracy of this research, I sincerely hope that you will be willing to share your time with me, by providing the information requested on the enclosed questionnaire. The results of my pretesting have indicated that it will probably require between 15-20 minutes of your time.

All replies will be kept in strict confidence and no one will know the answers you have personally given. No individual or institution will be identified when the findings are reported, only statistical summaries will be used. Your anonymity will be respected completely.

Please return the completed questionnaire in the postage-paid envelope enclosed, at your earliest convenience. It would be very helpful to have it before the 5th of June 1989.

I would like to thank you in advance for participating in the study. Your efforts will be highly appreciated.

Yours sincerely



Miss ME Muller

Senior lecturer

Department of Nursing: RAU

--	--	--

 (1-3)

D (4)

Please answer each question by making an x *in* the appropriate item block, unless otherwise specified.

A. PERSONAL DATA

1. Sex:

1.1	Male	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
1.2	Female	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		(5)

2. Current marital status:

2.1	Never married			
2.2	Married			
2.3	Divorced	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
2.4	Widow/widower	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		(6)

3. Present age group: (in years)

3.1	Below 25	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>						
3.2	25-34							
3.3	35-44							
3.4	45-54							
3.5	55 and over		(7)					

Age: \_\_\_\_\_

4. Population group:

4.1	Asiatic			
4.2	Black			
4.3	Coloured	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		
4.4	White	<table border="1"><tr><td></td></tr></table>		(8)

5. Number of dependents: (children/parents/etc.)

5.1	None	<table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table>					
5.2	Only one						
5.3	2-4						
5.4	more than 4		( 9)				

6. Home language:

6.1 Afrikaans	<input type="checkbox"/>	(10)
6.2 English	<input type="checkbox"/>	
6.3 Other	<input type="checkbox"/>	

Comments: \_\_\_\_\_

B. EDUCATIONAL INFORMATION

1. Type of basic nursing programme completed:

1.1 Unknown	<input type="checkbox"/>	(II)
1.2 SANC* diploma		
1.3 University bachelors degree		
1.4 Other (specify)		

\_\_\_\_\_

2. Professional qualifications (SANC registered):

	Yes	No	
2.1 General Nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(12)
2.2 Midwifery	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(13)
2.3 Psychiatric Nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(14)
2.4 Community Nursing Science	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(15)
2.5 Nursing Administration	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(16)
2.6 Nursing Education	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(17)
2.7 Operating Room Nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(18)
2.8 Intensive Care Nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(19)
2.9 orthopaedic Nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(20)
2.10 Paediatric Nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(21)
2.11 oncology Nursing	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(22)
2.12 Other (please specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(23)

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\* SANC = South African Nursing Council.

3. What' is your highest professional nursing qualification at present?

3.1	Unknown	<div></div>	<div></div>	(24)
3.2	General Nursing diploma			
3.3	Post-basic diploma(s)			
3.4	Baccalaureate degree			
3.5	Honours degree			
3.6	Masters degree			
3.7	Doctoral degree			

4. Do you hold any academic qualifications in another discipline (non-nursing)?

4.1	No	<div></div>	(25)
4.2	Yes (please specify)		

5. Are you at present busy with formal studies?

5.1	No	<div></div>	(26)
5.2	Yes (please specify)		

6. If you are not currently engaged in formal studies please indicate the reason(s):

	Yes	No	
6.1	<div></div>	<div></div>	Family responsibilities prevent it (27)
6.2			I feel no need for it (28)
6.3			Work load is too heavy (29)
6.4			Courses are too expensive (30)
6.5			Courses are at inconvenient times (31)
6.6			Other (please specify) (32)

C. **EMPLOYMENT** INFORMATION

1. Province of employment:

- |                       |   |  |
|-----------------------|---|--|
| 1.1 Cape province     | <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 80px; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 0; right: 0; bottom: 0; left: 0;"></div></div> |  |
| 1.2 Natal             |   |  |
| 1.3 Orange Free state |   |  |
| 1.4 Transvaal         |   |  |
- (33)

2. Employment status:

- |               |  |  |
|---------------|--|--|
| 2.1 Full time | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 40px; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 0; right: 0; bottom: 0; left: 0;"></div></div> |  |
| 2.2 Part-time |  |  |
- (34)

3. Present post:

- |   |  |  |
|---|--|--|
| 3.1 National/regional manager                     | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 60px; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 0; right: 0; bottom: 0; left: 0;"></div></div> |  |
| 3.2 Manager (matron) in charge of clinic/hospital |  |  |
- (35)

4. Size of your clinic/hospital:

- |                    |  |  |
|--------------------|--|--|
| 4.1 Not applicable | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 80px; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 0; right: 0; bottom: 0; left: 0;"></div></div> |  |
| 4.2 1-49 beds      |  |  |
| 4.3 50-99 beds     |  |  |
| 4.4 100-199 beds   |  |  |
| 4.5 200 and more   |  |  |
- (36)

5. What is the nature of nursing (fields/disciplines) in your clinic/hospital?:

- |                            | Yes  | No  |      |
|----------------------------|--|---|------|
| 5.1 Medical                | <div style="border-left: 1px solid black; border-right: 1px solid black; height: 180px; position: relative;"><div style="position: absolute; top: 0; right: 0; bottom: 0; left: 0;"></div></div> |   | (37) |
| 5.2 Surgical               |  |   | (38) |
| 5.3 Operating Room         |  | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> | (39) |
| 5.4 Intensive Care         |  | <div style="border: 1px solid black; width: 40px; height: 20px;"></div> | (40) |
| 5.5 Orthopaedics           |  |   | (41) |
| 5.6 Midwifery              |  |   | (42) |
| 5.7 Oncology               |  |   | (43) |
| 5.8 Paediatric             |  |   | (44) |
| 5.9 Other (please specify) |  |   | (45) |
- 
-



D. PROFESSIONAL INFORMATION

1. Years of clinical experience before appointment in a managerial post:

1.1	Less than 1 year			
1.2	1-2 years			
1.3	3-4 years			
1.4	5 or more years			(46)

2. In which of the following fields of nursing did you have at least six months of clinical/practical experience as a registered nurse, before being appointed in your present managerial post (as a matron)?:

	Yes	No	
2.1			(47)
2.2			(48)
2.3			(49)
2.4			(50)
2.5			(51)
2.6			(52)
2.7			(53)
2.8			(54)
2.9			(55)
2.10			(56)
2.11			(57)
2.12			(58)

3. How long have you been in your present post as a nurse administrator (matron) in the private sector?

3.1	Less than 1 year		
3.2	1-2 years		
3.3	2-3 years		
3.4	4-5 years		
3.5	5-10 years		
3.6	11 or more years		(59)

4. Please indicate the reason(s) that influenced your decision in becoming a nurse administrator (matron) in the private sector:

	Yes	No	
4.1 Interest in management			(60)
4.2 More convenient hours			(61)
4.3 Better salary or salary potential			(62)
4.4 Frustration of former work			(63)
4.5 More time for family			(64)
4.6 More prestige			(65)
4.7 Would enjoy greater autonomy			(66)
4.7 Other (please specify)			(67)

5. Are you experiencing job satisfaction in your present post?:

5.1 Minimal		
5.2 Average/fair		
5.3 High degree		(68)

6. Do you feel that you are adequately trained to meet the demands of your present post/role as a nurse administrator in a private clinic/hospital?:

6.1 Yes		
6.2 No		
6.3 Unsure/Don't know		(69)

Comments:

☐ ☐ ☐ (1-3)

**D** (4)

7. please indicate your personal educational needs relating to your present post:

	Yes	No	
7.1 Planning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(5)
7.2 BUdgeting/financial management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(6)
7.3 Organising	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(7)
7.4 Formulation of nursing service philosphy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(8)
7.5 Writing/formulating goals and objectives	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(9)
7.6 Writing and compiling of policy manuals	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(10)
7.7 Determination of nursing work load	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(11)
7.8 Recruitment of nursing staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(12)
7.9 Selection of nursing staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(13)
7.10 Appointment and placement of staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(14)
7.11 Allocation of nursing staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(15 }
7.12 Writinglcompiling job descriptions	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(16)
7.13 Patient assignment methods	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(17)
7.14 Staff scheduling	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(18)
7.15 Grievance procedures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(19)
7.16 Conflict management	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(20)
7.17 Disciplinary procedures	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(21)
7.18 Communication procedures (meetings/ committees)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(22)
7.19 Occupational health programmes for staff	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(23)
7.20 Induction and orientation programmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(24)
7.21 Staff development / inservice programmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(25)
7.22 Performance appraisal (staff evaluation)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(26)
7.23 Keeping of staff records and statistics	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(27)
7.24 Scientific nursing care: methods/ documentation	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(28)
7.25 Disaster planning	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(29)
7.26 Contingency plan for staff crisis	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(30)
7.27 Quality assurance programmes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(31)
7.28 Designing of evaluation instruments	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(32)
7.29 Evaluation of quality nursing care	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(33)
7.30 Leadership skills	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(34)
7.31 Other (please specify)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	(35)

Thank you for your co-operation.

BYLAE 3 .

Posbus 5188  
HORISON  
1730  
20 Maart 1989

Telefoon (H): 011 7602500

Geagte kollega

Deelname aan portuurgroepbeoordeling: navorsingsprojek oor verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale

Baie dankie vir u bereidwilligheid om aan bogenoemde portuurgroepbeoordeling besprekings deel te neem.

Hierdie standaard vorm deel van In navorsing vir In doktorsgraad aan die Randse Afrikaanse Universiteit.

Daar is tans In groot vraag na gehalteversekering in verpleegsorg en die moontlike akkreditering "van privaathospitale is deur verskeie ekonomiese en politieke leiers voorgestel. Die verpleegadministrateur speel In belangrike rol in die fasilitering van gehalteversekering en moet voorbereid wees op toekomstige veranderinge in hierdie verband.

As In verpleegadministrateur (matrone) wat by al die kompleksiteite van private gesondheidsondernemings betrokke is, sal u inset tydens die besprekings van groot waarde wees

Die doelstelling van die besprekings is om die standaard wat ek opgestel het, te valideer. Die uiteindelijke doel is om hierdie standaard vir akkrediteringsdoeleindes te gebruik (vergelyk woordelys vir verduideliking van terme).

Gedurende hierdie portuurgroepbesprekings word die volgende van u verwag:

1. Om die standaard te beoordeel en te bepaal of die standaard en vereiste kenmerke:

\* irrelevant, glad nie toepaslik vir die bestuur van 'n verpleegdiens in In privaathospitaal is nie;

- \* onduidelik is en die toepassing daarvan word bevraagteken;
  - \* toepaslik is, maar herformulering benodig;
  - \* volledig, duidelik, goed-geformuleer; toepaslik en realisties om as 'n minimum standaard in enige privaat-hospitaal te gebruik, waarvolgens die gehalte van verpleging verseker/verbeter kan word.
2. om.aanbevelings vir veranderinge, byvoegings of weglatings in die standarde te maak.
  3. Onthou om die professionele aanspreeklikheid van die verpleegadministrateur in ag te neem wanneer u oor aanbevelings besin.

'n Kort debat sal oor elke standaard gevoer word om die groep se konsensus te verkry.

U besprekings sal vertroulik geag word en daar9m sal objektiewe, eerlike debat verwelkom word.

Plek, datum en tyd

Die besprekings vind plaas op die 30ste Maart, 1989 by die Randse Afrikaanse Universiteit in CL 401, vanaf 08h30 - 12h30. Parkeer asseblief in A of B-parkering en gaan na die geelblok. Neem die hysbak (waar die geel- en oranje blokke mekaar ontmoet) na C5/D4. Draai links in die rigting van die oranje blok en volg die aanwysings na CL 401.

Baie dankie vir u tyd en dat u bereid is om u deskundige kennis met my te kom deel,

Die uwe,




---

MejMarie Muller

Senior Iektrise: Departement Verpleegkunde  
Randse Afrikaanse Universiteit

PO Box 5188  
HORISON  
1730  
20th March 1989

Phone no. (H) 011 7602500

Dear colleague

participation in peer review discussions: research project  
on nursing service standards for private hospitals

Thank you for your willingness to participate in the above  
peer review discussions.

These nursing service standards form part of a research  
towards a doctoral degree at the Rand Afrikaans University.

There is at present a great demand towards quality assurance  
in nursing care and possible accreditation of private hos-  
pitals has been suggested by various economic and political  
leaders. The nurse administrator plays an important role in  
the facilitation of quality assurance and has to be prepared  
for future demands in this regard.

As a nurse administrator (matron) involved in all the  
complexities of the private health care enterprise, your  
input in this discussion will be of great value-.

The purpose of the peer review discussions is to validate  
the standards that I have formulated. The ultimate aim is  
to utilise these standards for accreditation purposes (re-  
fer to glossary for explanation of terms).

During this peer group discussion the following is expected  
of you:

1. To review the standards and determine whether the stan-  
dards and required characteristics are:
  - \* irrelevant, not applicable to nursing service manage-  
ment in a private hospital;
  - \* indistinct and the applicability is questioned;

- \* applicable but could be reformulated;
  - \* complete, clear, well formulated and highly applicable/realistic to be used as a minimum standard in any private hospital to assure/improve quality nursing care;
2. To make recommendations for changes, additions or omissions in the standards.
  3. Remember to take the professional accountability of a nurse administrator into account when deciding upon your recommendations.

Brief debate on each standard/required characteristics will take place and general consensus of the group will be obtained.

Your discussions will be treated with confidentiality and therefore objective, honest debate will be appreciated.

..

Venue, date and time

The discussions will take place on the 30th of March, 1989 at the Rand Afrikaans University in CL 401 from 08h30 to 12h30. Please park in A or B level parking and proceed to the yellow block. Take the lift (where the orange and yellow blocks meet one another) to level C5/D4. Turn left towards the orange block and follow the signs to CL 401.

Thank you for sharing your time and your expert knowledge with me.

Yours faithfully,




---

Miss Marie Muller

Senior lecturer: Department of Nursing  
Rand Afrikaans University.

Posbus 5188  
HORISON  
1730  
28 Maart 1989

Telefoon (H): 011 7602500

Geagte kollega

Deelname aan portuurgroepbeoordeling: navorsingsprojek oor verplegdiensstandaarde vir privaatbospitale

Baie dankie vir u bereidwilligheid om aan bogenoemde portuurgroepbeoordeling besprekings deel te neem.

Hierdie standaard vorm deel van In navorsing vir In doktorsgraad aan die Randse Afrikaanse Universiteit.

Daar is tans In groot vraag na gehalteversekering in verpleegsorg en die moontlike akkreditering van privaatbospitale is deur verskeie ekonomiese en politieke leiers voorgestel. Die verpleegadministrateur speel In belangrike rol in die fasilitering van gehalteversekering en moet voorbereid wees op toekomstige veranderinge in hierdie verband.

As In verpleegadministrateur (matrone) wat by al die kompleksiteite van private gesondheidsondernemings betrokke is, sal u inset tydens die besprekings van groot waarde wees.

Die doelstelling van die besprekings is om die standaard wat ek opgestel het, te valideer. Die uiteindelijke doel is om hierdie standaard vir akkrediteringsdoeleindes te gebruik (vergelyk woordelys vir verduideliking van terme).

Die deurlees van die standaard ter voorbereiding vir die besprekings sal ongeveer twee ure van u tyd in beslag neem.

Gedurende hierdie portuurgroepbesprekings word die volgende van u verwag:

1. Om die standaard te beoordeel en te bepaal of die standaard en vereiste kenmerke:



- \* irrelevant, glad nie toepaslik vir die bestuur van In verpleegdiens in 'n privaathospitaal is nie;
  - \* onduidelik is en die toepassing daarvan word bevraagteken;
  - \* toepaslik is, maar herformulering benodig;
  - \* volledig, duidelik, goed-geformuleer; toepaslik en realisties om as 'n minimum standaard in enige privaat-hospitaal te gebruik, waarvolgensdie gehalte van verpleging verseker! verbeter kan word.
2. Om aanbevelings vir veranderinge, byvoegings of weglatings in die standarde te maak.
  3. Onthou om die professionele aanspreeklikheid van die verpleegadministrateur in ag te neem wanneer u oor aanbevelings besin.

'n Kort debat sal oor elke standaard gevoer word om die groep se konsensus te verkry. ..'

U besprekings sal vertroulik geag word en daarom sal objektiewe, eerlike debat verwelkom word.

### **Plek, datum en tyd**

Die besprekings vind plaas op Donderdag die 13de April 1989 by Panorama Kliniek in die raadsaal, vanaf 08h30-12h00.

Baie dankie. vir u tyd en dat u bereid is om u deskundige kennis met my te kom deel.

Die uwe,




---

Mej Marie Muller

Senior Iektrise: Departement Verpleegkunde  
Randse Afrikaanse Universiteit

PO Box 5188  
HORISON  
1730  
28th March 1989

Phone no. (H) 011 7602500

Dear colleague

Participation in peer review discussions: research project on nursing service standards for private hospitals

Thank you for your willingness to participate in the above" peer review discussions.

These nursing service standards form part of a research towards a doctoral degree at the Rand Afrikaans University.

There is at present a great demand towards quality assurance in nursing care and possible accreditation of private hospitals has been suggested by various economic and political leaders. The nurse administrator plays an important role in the facilitation of quality assurance and has to be prepared for future demands in this regard.

As a nurse administrator (matron) involved in all the complexities of the private health enterprise, your input in this discussion will be of great value.

The objective of the peer review discussions is to validate the standards that I have formulated. The ultimate aim is to utilise these standards for accreditation purposes (refer to glossary for explanation of terms).

In preparing for the discussions it will take about two hours of your time to review the standards.

During this peer group discussion the following is expected of you:

1. To review the standards and determine whether the standards and required characteristics are:

- \* irrelevant, not applicable to nursing service management in a private hospital;
  - \* indistinct and the applicability is questioned;
  - \* applicable but could be reformulated;
  - \* complete, clear, well formulated and highly applicable/realistic to be used as a minimum standard in any private hospital to assure/improve quality nursing care;
2. To make recommendations for changes, additions or omissions in the standards.
  3. Remember to take the professional accountability of a nurse administrator into account when deciding upon your recommendations.

Brief debate on each standard/required characteristics will take place and general consensus of the group will be obtained.

Your discussions will be treated with confidentiality and therefore objective, honest debate will be appreciated.

### **Venue, date and time**

The discussions will take place on Thursday the 13th of April 1989 at Panorama Clinic in the board room from 08h30 to 12h00.

Thank you for sharing your time and your expert knowledge with me.

Yours faithfully,




---

Miss Marie Muller

Senior lecturer: Department of Nursing  
Rand Afrikaans University.

VALIDERING VAN VERPLEEGDIENSSTANDAARDE: ONTWIKKELINGSFASE

PROFESSIONELE INLIGTING: VALIDEERDERS

1. Pos: \_\_\_\_\_

2. Provinsie: \_\_\_\_\_

3. Hospitaalgrootte: \_\_\_\_\_ beddens

4. Professionele kwalifikasies:

4.1	Algemene Verpleegkunde	
4.2	Verloskunde	
4.3	psigiatrie	
4.4	.Gemeenskapsverpleegkunde	
4.5	Intensiewe Verpleegkunde	
4.6	Operasiesaalverpleegkunde	
4.7	Ortopediese Verpleegkunde	
4.8	Pediatrie	
4.9	Verpleegadministrasie	
4.10	Verpleegonderwys	
4.11	Ander (spesifiseer asseblief)	

5. Akademiese kwalifikasies:

5.1	Diploma (basies)	
5.2	Diploma (na-basies)	
5.3	B-graad (basies)	
5.4	B-graad (na-basies)	
5.5	Honneursgraad	
5.6	Magistergraad	
5.7	Ander (spesifiseer asseblief)	

6. Jare ervaring as verpleegadministrateur: \_\_\_\_\_ jaar.

7. Hoe lank het dit u geneem om vir die werkswinkel voor te berei? \_\_\_\_\_ uur.
8. Stel u daarin belang om aan die finale validering van die standarde deel teneem? JA/NEE
9. Indien ja, voorsien asseblief u naam, adres en telefoonnommer op die skeurstrokie.

---

---

---

---

---

---

Kode: \_\_\_\_\_

Telefoonnommer: .(w): \_\_\_\_\_

Baie dankie vir u samewerking.

**BYLAE SES**

**VALIDATION OF NURSING SERVICE STANDARDS: DEVELOPMENT STAGE**

**PROFESSIONAL INFORMATION: VALIDATORS**

1. Post: \_\_\_\_\_

2. Province: \_\_\_\_\_

3. Size of hospital: \_\_\_\_\_ beds

4. professional qualifications:

4.1 General Nursing

4.2 Midwifery

4.3 Psychiatric Nursing Science

4.4 Community Health Nursing Science

4.5 Intensive.Care Nursing Science

4.6 operating Room Nursing Science

4.7 Orthopaedic Nursing Science

4.8 Paediatric Nursing Science

4.9 Nursing Administration

4.10 Nursing Education

4.11 Other (specify):


\_\_\_\_\_

5. Academical qualifications:

5.1 Diploma (basic)

5.2 Diploma (post basic)

5.3 B-degree (basic)

5.4 B-degree (post basic)

5.5 Honours degree

5.6 Masters degree

5.7 Other (specify):


\_\_\_\_\_

6. Years of experience as a nursing administrator (ma-  
tron): \_\_\_\_\_ years

7. How long did it take you to prepare for this workshop?  
\_\_\_\_\_ hours
8. Are you interested in participating in the final validation of the standards? YES/NO
9. If yes, please supply your name, address and telephone number on the tear-off slip.

---

---

---

---

---

---

Code: \_\_\_\_\_

Phone number (w): \_\_\_\_\_

Thank you for your co-operation.

BYLAE SEWE

Posbus 5188  
HORISON  
1730  
10 Mei 1989

Telefoon (H): 011 7602500

Geagte kollega

Deelname aan validering van standarde: navorsingsprojek oor verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale

U is doelbewus geselekteer om aan hierdie projek deel te neem op grond van u ervaring en kundigheid in die veld van verpleegdiensbestuur/administrasie.

Hierdie standarde vorm deel van 'n navorsing oor "Verpleegdiensstandaarde vir privaathospitale" vir 'n doktorsgraad aan die Randse Afrikaanse Universiteit.

Daar is tans 'n groot vraag na gehalieversekering in verpleging en die moontlike akkreditering van privaathospitale is deur verskeie ekonomiese en politieke leiers voorgestel. Die verpleegdiensbestuurder speel 'n belangrike rol in die fasilitering van gehalieversekering en moet voorbereid wees op toekomstige veranderinge in hierdie verband.

As 'n verpleegdiensbestuurder/-administrateur (of lektreiser in die yk) wat by al die kompleksiteite van verpleegdiensbestuur/-administrasie betrokke is, sal u bydrae in die validering van hierdie standarde van groot waarde wees. Die uiteindelige doel is om hierdie standarde vir akkrediteringsdoeleindes te gebruik (verwys na woordelys vir verduideliking van terme).

Die eerste fase van validering is reeds by wyse van portuurgroepbeoordelingsbesprekings met verpleegdiensbestuurders/-administrateurs landwyd voltooi. Hierdie is derhalwe die finale validerings- (kwantifiserings-) fase (verwys na woordelys).

Die beoordeling en validering van hierdie standarde sal ongeveer drie ure van u tyd in beslag neem. Groepbesprekings met kollegas sal die waarde van die validering verhoog en word dus aanbeveel.



Gedurende die validering van die standaard word van u verwag om die standaard te beoordeel en om te bepaal of die standaard en vereiste kenmerke:

- \* irrelevant, glad nie toepaslik vir die bestuur van 'n verpleegdiens in 'n privaathospitaal is nie (gradering een);
- \* onduidelik is en die toepassing daarvan word bevraagteken (gradering twee);
- \* toepaslik is, maar herformulering benodig (gradering drie);
- \* volledig, duidelik, goed-geformuleer en toepaslik/realisties is om as 'n minimum standaard in enige privaat-hospitaal te gebruik, waarvolgens die gehalte van verpleging verseker/verbeter kan word (gradering vier).

Indien u enige probleem met die validering van die standaard ondervind kan u my by die bostaande telefoonnommer skakel.

U word van volle vertroulikheid verseker. Indien u enige addisionele opmerkings wil maak kan u dit aan die einde van die standaard maak.

Terugsending van gevalideerde standaard

Stuur asseblief die gevalideerde standaard so gou doenlik in die ingeslote gefrankeerde koevert terug. Ek sal dit waardeur indien ek die standaard nie later as \_\_\_\_\_ 1989 terugontvang rrie,

Ek dank u by voorbaat vir u deelname aan hierdie studie en vir u bereidwilligheid om u kundigheid met my te deel.

Die uwe



---

Mej Marie Muller

Senior Iektrise: Departement Verpleegkunde  
Randse Afrikaanse Universiteit



## Inligting oor valideerders

Beantwoord asseblief elke vraag deur In x in die mees toepaslike itemblokkie te maak.

### 1. Pos:

Dui asseblief u pos (of ekwiwalent) aan.

- |  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|--|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 1.1 Verpleeghoof (direkteur/adjunk-direkteur)<br>verpleegdienste | <table border="0"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.2 Nasionale/streek-verpleegadministrateur                      |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.3 Verpleegadministrateur (hoof-/adjunk-matrone)                |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.4 Lektrise Verplegingsbestuur/-administrasie                   |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 1.5 Kliniese dosent/suster                                       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 2. Indiensnemingsektor

„■

- |                     |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|
| 2.1 Openbare sektor | <table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table> |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |
| 2.2 Privaatsektor   |  |  |  |  |
| 2.3 Universiteit    |  |  |  |  |

### 3. Provinsie van indiensneming (gestasioneerd)

- |                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|---------------------|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 3.1 Kaapprovinsie   | <table border="0"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                     |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.2 Natal           |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.3 Oranje-Vrystaat |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 3.4 Transvaal       |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

### 4. Grootte van hospitaal:

- |                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|-------------------------|---|--|--|--|--|--|--|--|--|--|--|
| 4.1 Nie van toepassing  | <table border="0"><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr><tr><td></td><td></td></tr></table> |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|                         |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.2 1-199 beddens       |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.3 200-349 beddens     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.4 350-499 beddens     |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| 4.5 500 en meer beddens |   |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |

5. professionele kwalifikasies:

- 5.1 Algemene Verpleegkunde
- 5.2 Verloskunde
- 5.3 Psigiatriese Verpleegkunde
- 5.4 Gemeenskapsverpleegkunde
- 5.5 Intensiewe Verpleegkunde
- 5.6 Operasiesaalverpleegkunde
- 5.7 Ortopediese Verpleegkunde
- 5.8 pediatriese Verpleegkunde
- 5.9 Verpleegadministrasie
- 5.10 Verpleegonderwys
- 5.11 Ander (spesifiseer asseblief)

--	--

---

6. Akademiese kwalifikasies

- 6.1 Diploma (basies)
- 6.2 Diploma (na-basies)
- 6.3 B - graad (basies)
- 6.4 B - graad (na-basies)
- 6.5 Honneursgraad
- 6.6 Magistergraad
- 6.7 Doktorale graad
- 6.8 Ander (spesifiseer asseblief)


---

7. Jare ervaring as 'n verpleegadministrateur (matrone) en/of dosent in die vak

- 7.1 Geen
- 7.2 1-5 jaar
- 7.3 6-10 jaar
- 7.4 11-15 jaar
- 7.5 16 of meer jaar


8. Hoe lank het dit u geneem om die standaard te beoordeel en te valideer? (Onthou asseblief om hierdie vraag te voltooi na validering van die standaard.)

- 8.1 1-3 uur
- 8.2 4 of meer uur


## VALIDERING VAN STANDAARDE

Beoordeel asseblief die standaarde (persoonlik en/of in samewerking met kollegas) en gradeer elke standaard/vereiste kenmerk deur In duidelik kring om die toepaslike itemnommer te trek.

Voorbeeld:

1	2	3	4
---	---	---	---

Sleutel tot skaal:

- 1 = die standaard/vereiste kenmerk is irrelevant, glad nie toepaslik vir die bestuur van In verpleegdiens in In privaathospitaal nie
- 2 = die standaard/vereiste kenmerk is onduidelik en die toepassing daarvan word bevraagteken
- 3 = die standaard/vereiste kenmerk is toepaslik maar benodig herformulering
- 4 = die standaard/vereiste kenmerk is volledig, duidelik, goed-geformuleer, toepaslik en realisties om as In minimum standaard in enige privaathospitaal te gebruik, waarvolgens In hoë gehalte verpleging verseker/verbeter kan word.

(Verpleegdiensstandaard = VDS)

VDSI GEORGANISEERDE VERPLEEGDIENS

### Beginsel

In Georganiseerde verpleegdiens dra by tot die lewering van In hoë gehalte verpleging in In hospitaal.

### Standaard

Daar is In georganiseerde verpleegdiens, met die magtiging om alle redelike stappe te neem waarvolgens In hoë gehalte verpleging voorsien en optimale professionele gedrag en professionele praktykvoering van personeel gefasiliteer en gehandhaaf kan word.

1	2	3	4
---	---	---	---

„!

### Vereiste kenmerke

1.1 Die hospitaal se organisasieplan (-struktuur) reflekteer In pos vir In verpleegadministrateur.

1	2	3	4
---	---	---	---

1.2 Die verpleegdiens word deur In verpleegadministrateur bestuur.

1	2	3	4
---	---	---	---

1.3 Die verpleegadministrateur se posbeskrywing reflekteer die toekenning van verantwoordelikheid en gesag vir verpleging gelewer en verseker die formulering en bereiking van verpleegdoelstellings.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.4 Daar is bewys van In geskrewe verpleegdiens-organisasieplan (-struktuur) wat die gesags-, aanspreeklikheids- en kommunikasielyne, volgens die verskeidenheid pasientdienste wat gelewer word en die omvang van verpleegaktiwiteite in die hospitaal (verskeie departemente, seksies, sale, ens.), uitbeeld.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.5 Die organisasieplan (-struktuur) van die verpleegdiens maak voorsiening vir die bestuur van verpleegdienste op alle skofte.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.6 Die verpleegadministrateur is In geregistreerde verpleegkundige met toepaslike kwalifikasies en/of ervaring volgens die aard van verpleging wat in die hospitaal gelewer word:

- a) Dit is verkieslik, maar nie In vereiste nie, dat die verpleegadministrateur oor minstens 'n na-basiese administrasie/-bestuurskwalifikasie beskik.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Toepaslike ervaring en/of na-basiese kwalifikasie(s) in ten minste twee van die verpleegdissiplines, volgens die aard van pasiëntsorg benodig, bv. Algemene Verpleegkunde, Verloskunde, Psigiatriese, Operasiesaal-, Intensiewe, Pediatriese, Onkologiese Verpleegkunde, ensovoorts, is wenslik.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Dit is verkieslik, maar nie In vereiste nie, dat die verpleegadministrateur oor In verpleegonderwyskwalifikasie en/ofervaring beskik of die gedelegeerde is gekwalifiseerd/beskik oor -ervaring in verpleegonderwys.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Daar is bewys dat die verpleegadministrateur tans by die suid-Afrikaanse Raad op Verpleging geregistreer is, asook 'n opbetaalde lid van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging is.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.7 Die verpleegadministrateur is op 'n voltydse basis aangestel en het die verantwoordelikheid en gesag om alle redelike stappe te neem waarvolgens 'n hoë gehalte verpleging verseker kan word.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.8 Wanneer 'n verpleegdiens gedentraliseer is met toe-sighoudende verpleegadministrateurs:

- a) Is daar een verpleegadministrateur teenoor wie die ander bestuurders aanspreeklik is, sodat die voorsiening van 'n eenvormige vlak van gehalteverpleging regdeur die hospitaal verseker kan word.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Hierdie verpleegadministrateurs is toepaslik gekwalifiseer in die spesifieke verpleegdisipline (bv. Operasiesaalverpleegkunde, ensovoorts).

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.9 Die verpleegadministrateur(s) demonstreer bestuursvermoens/-vaardighede.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.10 Daar is 'n personeelontwikkelingsprogram vir verpleegadministrateur(s) in werking.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.11 'n Gekwalifiseerde geregistreerde verpleegkundige is toegewys en het die gesag om in die verpleegadministrateur se afwesigheid op te tree.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.12 Die verhouding van die verpleegdiens tot ander departemente in die hospitaal is in die hospitaal se algehele organisasieplan' (-struktuur) uitgebeeld.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.13 Die verpleegadministrateur voorsien enige nodige formele skakeling tussen die ander professionele gesondheidspraktisyns en administratiewe personeel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.14 Die verpleegadministrateur het die gesag om die verpleegdiens se begroting voor te berei en te bestuur.

1	2	3	4
---	---	---	---

## **VDS2      FILOSOFIE**

### **Beginsel**

Die verpleegdiensfilosofie vermeld daardie waardes en filosofiese verklarings wat die verpleegpraktyk in die hospitaal beïnvloed en rig die verpleegadministrateur se besluitneming. Die filosofie dien as 'n wegwyser vir aksie en 'n verduideliking van aksie.

### **Standaard**

Daar is 'n verpleegdiensfilosofie.

1	2	3	4
---	---	---	---

### **Vereiste kenmerke**

- 2.1 Daar is bewys van 'n geskrewe verpleegdiensfilosofie in die verpleegadministrateur se kantoor.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 2.2 Die filosofie vloei vanuit en is in harmonie met die filosofie van die hospitaal/instelling en die verplegingsprofessie.

1	2	3	4
---	---	---	---



2.3 Die komponente van die verpleegdiensfilosofie sluit oortuigings oor die volgende in:

(a) die pasiënt;

1	2	3	4
---	---	---	---

(b) die verpleegpraktyk

1	2	3	4
---	---	---	---

(c) die verpleegkundige

1	2	3	4
---	---	---	---

(d) verpleegonderwys wanneer toepaslik.

1	2	3	4
---	---	---	---

2.4 Die verpleegdiensfilosofie word aan die verpleegpersoneel beskikbaar gestel.

1	2	3	4
---	---	---	---

### VDS 3 DOELSTELLINGS EN DOELWITTE

#### Beginsel

Geskrewe doelstellings en doelwitte reflekteer doelgerigte verplegingsdiensbestuur, insluitende in hoë gehalte verpleging, en vermeld die rede vir die bestaan van die betrokke verpleegdiens, met ander woorde die doel van die diens.

#### Standaard

In ooreenstemming met gedelegeerde gesag, het die verpleegadministrateur die verantwoordelikheid en gesag om te verseker dat verpleegdoelstellings en -doelwitte opgestel en bereik word.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Vereiste kenmerke

- 3.1 Die verpleegadministrateur, of In afgevaardigde deur die verpleegadministrateur, verteenwoordig die verpleegdiens by institusionele beplanning en by die bepaling van institusionele doelstellings.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.2 Daar is bewys van geskrewe lang- en korttermyn doelstellings en -doelwitte in die verpleegdiens.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.3 Die doelstellings en doelwitte is in harmonie met dié van die organisasie en die verplegingsprofessie.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.4 Elke groep/eenheid in die verpleegdiens het spesifieke doelstellings wat in harmonie met dié van die verpleegdiens, die organisasie en die verplegingsprofessie is.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.5 Die doelstellings en doelwitte is in meetbare gedragsterme gestel, wat realistiese evaluering van resultate moontlik maak,

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.6 Verantwoordelikheid en aanspreeklikheid vir die bereiking van doelstellings is duidelik in die verpleegpersoneel se posbeskrywings vermeld.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.7 Daar is bewys dat die doelstellings en doelwitte aan die verpleegpersoneel gekommunikeer word by wyse van vergaderings tussen die bestuur en personeel of op skrif.

1	2	3	4
---	---	---	---

.Beginsel

Geskrewe beleid reflekteer optimale struktuur.standaarde wat die voorsiening van In hoë gehalte verpleging, in ooreenstemming met makrobeleid, rig.

Standaard

In Stel omvattende beleidsverklarings, wat besluitneming in verpleging rig, word in die verpleegdiens geformuleer en in stand gehou.

1	2	3	4
---	---	---	---

Vereiste kenmerke

4.1 Daar is In formele meganisme waarvolgens die verpleegadministrateur met daardie vlakke van bestuur wat beleidsbesluite rakende pasientorgdienste in die hospitaal neem, kan kommunikeer en aan beleidsbesluitneming kan deelneem.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.2 In ooreenstemming met gedelegeerde gesag, verseker die verpleegadministrateur dat beleid, prosedures en praktyke in die verpleegdiens in ooreenstemming met dié van die hospitaal se beleid en prosedures is.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.3 Beleidshandleidings word vir die volgende beleidsaspekte in stand gehou:

a) Die Wet op Verpleging, no. 50 van 1978, 5005 gewysig.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Verwante en toepaslike regulasies van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Toepaslike, verwante gesondheids- en ander wetgewing, volgens die omvang van gesondheidsdienslewering in die hospitaal.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Verpleegpersoneelbeleid (verwys na standaard 6).

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Begroting en aankopebeleid.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) Toerusting en voorraadbeheer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- g) Gehalteversekering (verwys na standaard 9).

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) Agentskapooreenkoms wanneer toepaslik.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 4.4 Allewette en regulasies is geldig (op datum) en daar bestaan in stelsel vir die ontvangs van wysigings.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 4.5 Die verpleegadministrateur verseker dat die beleid en verwante praktyke van die verpleegdiens en verpleegeenhede, in ooreenstemming met die makrobeleid, bv. wetgewing en gesondheidsdiensbeleid, is.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 4.6 Beleid word, wanneer toepaslik, hersien en op datum gehou.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.7 Die handleidings beskik oor maklike verwysings- en op-datum-hou-stelsels wat die volgende illustreer:

a) Seksie-inligtingjindeksstelsel.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Handtekeninge van samestellers en toesighouers.

1	2	3	4
---	---	---	---

c) Hersieningsdatums.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.8 Die volledige stel handleidings is in die verpleeg-administrateur se kantoor en te alle tye aan die verpleegpersoneel in die hospitaal beskikbaar.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.9 Verpleegwetgewing (die Wet op Verpleging, no. 50 van 1978) en relevante regulasies van die suid-Afrikaanse Raad op Verpleging is by elke verpleegstasie vir alle verpleegpersoneel beskikbaar.

1	2	3	4
---	---	---	---

## VDS 5 BEPALING VAN WERKLADINGINDEKS

### Beginsel

Die bepaling en voorspelling van verpleegwerkklading dien as In basis vir die effektiwiteit van personeel en In hoë gehalte verpleging.

### Standaard

Daar is In wetenskaplik gefundeerde stelsel waarvolgens die behoefte aan verpleging, volgens gedemonstreerde pasientbehoefte, toepaslike verpleegtussentredes en prioriteit van verpleging bepaal word.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Vereiste kenmerke

- 5.1 Daar is bewyse van die bepaling van verpleegwerklading-indeks.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 5.2 Die pasiënte se akuutheidsvlakke (pasiëntklassifikasie) word bepaal.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 5.3 Pasientsensus en bedbesettingstatistieke word maandeliks gehou.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 5.4 Postebepaling vir verpleegpersoneel is wetenskaplik op die voorgaande inligting gebaseer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 5.5 Die hospitaal-pasient-toelatingstelsel maak voorsiening vir deelname vanuit die verpleegdiens in die koördinerings van pasiëntbehoefte en verpleging met die beskikbare verpleegpersoneel.

1	2	3	4
---	---	---	---

## VDS 6 VERPLEEGPERSONEEL

### 6.1 PERSONEELVOORSIENING

#### Beginnel

Die effektiwiteit van 'n organisasie is afhanklik van die effektiwiteit van sy werknemers. Die voorsiening van genoeg, toepaslik gekwalifiseerde personeel, dra by tot die lewering van 'n hoë gehalte verpleging. In 'n eenvormige personeelvoorsieningsprogram voorkom oormatige oorpasing van verpleegpersoneel en fasiliteer werksbevrediging.

standaard

Verpleegkundige personeelvoorsiening is gebaseer op die wetenskaplike beginsels van mannekragvoorsiening.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### 6.1.1 Werwing

standaard

Daar is In formele verpleegkundige werwingsprogram in werking.

1	2	3	4
---	---	---	---

Vereiste,kenmerke

##### 6.1.1.1 Die verpleegdiens het In geskrewe werwingsbeleid.

1	2	3	4
---	---	---	---

##### 6.1.1.2 Die werwingsbeleid is in ooreenstemming met die werwingsbeleid van die hospitaal.

1	2	3	4
---	---	---	---

##### 6.1.1.3 Die posinligting is akkuraat gebaseer op die pos-vereistes soos in die posbeskrywing/-spesifikasies gereflekteer.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### 6.1.2 Keuring

standaard

Daar is In formele keuringstelsel wat op die wetenskaplike beginsels van mannekragkeuring gebaseer is.

1	2	3	4
---	---	---	---

**Vereiste kenmerke**

6.1.2.1 Die verpleegadministrateur is verantwoordelik (en/of betrokke) 'by die keuring van verpleegpersoneel.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.1.2.2 Daar is In goed omskryfde keuringsbeleid wat tot regverdigde/gelyke geleenthede vir applikante bydra.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.1.2.3 Daar is In formele keuringsproses gebaseer op kriteriawat ten minste aan die volgende voldoen:

a) Die registrasie en/of inskrywirigsvereistes van die suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Die keuringskriteria is op die posvereistes, soos in die posbeskrywings/-spesifikasies uitgebeeld, gebaseer.

1	2	3	4
---	---	---	---

c) Die behoeftes van die pasientpopulasie en bestek van dienste (posklassifikasie) word in berekening gebring.

1	2	3	4
---	---	---	---

d) Die posverwagtinge word aan die applikant verduidelik.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.1.2.4 Onsuksesvolle kandidate word op In formele wyse in kennis gestel.

1	2	3	4
---	---	---	---



### 6.1.3 Aanstelling en plasing

#### Standaard

Die aanstelling en plasing van verpleegpersoneel geskied ooreenkomstig die keuringskriteria en werknemer se loopbaan-motivering.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### vereiste kenmerke

- 6.1.3.1 In Geskrewe aanstellingsbrief/kontrak word aan elke nuut aangestelde verpleegpersoneellid verskaf.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.3.2 Geskrewe diensvodrwaardes word aan elke verpleegpersoneellid verskaf.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.3.3 Slegs toepaslik gekwalifiseerde, geregistreerde verpleegkundiges word in bevelposte in die verskillende verpleegdissiplines/-eenhede aangestel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.3.4 Daar word aan wetlike, professionele vereistes voldoen:

- a) Alle verpleegpersoneel wat in In verpleegkundige kapasiteit benut word, insluitende kandidate wat vanaf buite-bronne (agentskappe) en oorsese lande gewerf is, is by die Suid-Afrikaanse Raad op verpleging geregistreer of ingeskryf.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Alle verpleegpersoneel is ten volle opbetaalde lede van die Suid-Afrikaanse Verpleegstersvereniging.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2 PERSONEELBENUTTING

Beginsel

In die strewe na gehalteversekering in verpleging en In veilige omgewing vir die pasiënt, is verpleegkundige personeelbenutting gebaseer op toepaslike wetenskaplike metodes/beginsels.

6.2.1 Toekenning

Standaard

Die spesifieke verpleegpersoneeltoekenning vir elke verpleegeenheid is ooreenkomstig die pasiëntsorgbehoefte, personeelkundigheid, eenheidsgeografie, beskikbaarheid van ondersteuningsdienste en metode van pasiëntsorglewering.

1	2	3	4
---	---	---	---

Vereiste kenmerke

6.2.1.1 Geregistreerde, professionele verpleegkundiges is in bevel van (verantwoordelik vir) algemene verpleegeenhede vir alle skofte.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.1.2 Toepaslik gekwalifiseerde, professionele verpleegkundiges is in bevel van (verantwoordelik vir) elke gespesialiseerde verpleegeenheid vir alle skofte:

a) Operasiesaal: Operasiesaalverpleegkunde.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Intensiewe sorgeenhede: Intensiewe Verpleegkunde.

1	2	3	4
---	---	---	---

c) Kraamafdeling: Verloskunde.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.1.3 Die verpleegpersoneel-ratio (professioneel/sub-professioneel) is ooreenkomstig die werklading-indeks en poste-bepaling.

1	2	3	4
---	---	---	---

## 6.2.2 posbeskrywings

### Standaard

Elke verpleegpersoneellid in die hospitaal het in geskrewe posbeskrywing wat die pligte en verantwoordelikhede van die pos spesifiseer.

1	2	3	4
---	---	---	---

### vereiste kenmerke

- 6.2.2.1 Die posbeskrywing spesifiseer ten minste die volgende:

- a) Die posidentifikasie: postitel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) In Posopsomming wat die hoof funksies en -verantwoordelikhede van die spesifieke pos lys om so-doende die graad van kompleksiteit van die pos uit te beeld.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Verhoudings, verantwoordelikhede, pligte: die vlak van vaardighede wat benodig word.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Gesag en vereiste werkverrigtingstandaarde.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Werksomstandighede: spesiale werksomstandighede en moontlike rLsLko's,

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.2.2 Die posspesifikasie beskryf die minimum vlak van onderwys/opleiding en ervaring wat vereis word.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.2.3 Die posbeskrywings is duidelik en individu-gerig, om die volgende te verseker:

- a) In Duidelike beskrywing van die aard van die werk en posfunksies.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) In Duidelike beskrywing van die toepaslike verantwoordelikhede en gesag.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Die graad van kompleksiteit te verbeeld.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) In Omvattende beskrywing am In nuwe werknemer in die pos te rig.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.2.4 posbeskrywings word toepaslik hersien om die huidige posvereistes te reflekteer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.2.5 Die posbeskrywings word ten tye van aanstelling aan die verpleegpersoneel beskikbaar gestel, asaak na wysigings en op versoek.

1	2	3	4
---	---	---	---

### 6.2.3 Pasient-toewysingsmetodes

#### standaard

pasient-toewysingsmetodes is ooreenkomstig die verpleeg-behoefte van die pasient om individuele, doelgerigte verpleging te verseker.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### Vereiste kenmerke

- 6.2.3.1 Die pasient-toewysingsmetode is in ooreenstemming met die kwalifikasies (vermoens) van elke verpleegpersoneel, die geïdentifiseerde verpleeg-behoefte van die pasient en die voorgeskrewe verpleegregime.

1	2	3	4
---	---	---	---

- a) Intensiewe/hoesorg-akuutheidsvlakpasiente word volgens die gevalle-toewysingsmetode (of primere verpleging) toegewys.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Die spantoewysingsmetode (of primere verpleging) word vir pasiente in algemene eenhede/sale benut.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Die funksionele toewysingsmetode word slegs in geval van 'n akute tekort aan verpleegpersoneel benut.

1	2	3	4
---	---	---	---

### 6.2.4 Personeelskedulering

#### Standaard

In Verpleegpersoneel-skeduleringstelsel (voltydes ekwivalent) is teenwoordig.

1	2	3	4
---	---	---	---

vereiste kenmerke

- 6.2.4.1 Daar is 'n geskrewe verpleegpersoneel-skeduleringsbeleid teenwoordig.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.4.2 personeelskedulering is ooreenkomstig die personeelbehoefte soos deur die pasiëntklassifikasiewerkladingindeks bepaal.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.4.3 In Voldoende aantal gekwalifiseerde, geregistreerde verpleegkundiges is te alle tye aan diens om die nodige verpleging, wat professionele beoordeling en gespesialiseerde vaardighede vereis, te verskaf.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.4.4 verpleegpersoneelvoorsiening is voldoende om voldoende herkenning van onverwagse veranderinge in 'n pasiënt se toestand te verseker en om die toepaslike tussentredes moontlik te maak.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.4.5 Die personeelskedulering reflekteer 'n toepaslike ratio tussen senior, professionele en sub-professionele personeel om in die pasiënte se behoeftes te voorsien.

1	2	3	4
---	---	---	---

## 6.3 PERSONEELBEHOUD

### Beginnel

Werksbevrediging dra by tot 'n hoë gehalte verpleging. Die voorkoming van konflik en die effektiewe bestuur van konflik bevorder 'n tevrede verpleegtaakmag en die behoud van personeel om tot 'n hoë gehalte verplegingby te dra.

### 6.3.1 Grieweprosedure

#### Standaard

Daar is In formele, geskrewe grieweprosedure in werking.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### Vereiste kenmerke

6.3.1.1 Daar is In formele, geskrewe grieweprosedure in werking, gebaseer op kriteria wat in ooreenstemming met ten minste die volgende is:

- a) Die prosedure is deur die verpleegpersoneel aanvaar en bekragtig.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Die doel van die grieweprosedure is verduidelik.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Die stappejfasies van die grieweprosedure is duidelik uiteengesit.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Die Grieweprosedure reflekteer realistiese tydkeerdatums vir die oplossing van griewe.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Daar is In geskrewe kommunikasiestelsel (verslaggewingvorme) in werking om die grieweprosedure te akkommodeer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) Die gesagslyne vir die oplossing van griewe is duidelik uiteengesit.

1	2	3	4
---	---	---	---

**6.3.2      Dissiplinere prosedure**

**Standaard**

Daar is In formele, geskrewe dLssipLdnêre prosedure in werking.

1	2	3	4
---	---	---	---

**Vereiste kenmerke**

6.3.2.1      Daar is In formele, geskrewe dissiplinere prosedure in werking, gebaseer op kriteria wat in ooreenstemming met ten minste die volgende is:

- a)      Die dissiplinere prosedure is deur die verpleegpersoneel aanvaar en bekragtig.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b)      Daar is In geskrewe, dissiplinere kode, wat die moontlike oortredings/wangedrag en tbepaslike dissiplinere maatreels uitspel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c)      Die dissiplinere kode differensieer tussen wangedrag en moontlike dissiplinere maatreels van professdonele en sUb-professionele personeel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d)      Die doelstellings van die dissiplinere prosedure is beskryf.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e)      Die dIssLpLdnere prosedure/metode is duidelik omskryf.

1	2	3	4
---	---	---	---



- f) Die progressiewe dissiplinêre fases is duidelik omskryf (verbale/geskrewe waarskuwings, demovering, ensovoorts).

1	2	3	4
---	---	---	---

- g) Die gesag om te dissiplineer is duidelik uitgespel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) Die behoud van waarskuwings op die werknemer se lêer is gespesifiseer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- i) Die werknemer se reg om te appelleer is in die dissiplinere prosedure ingesluit.

1	2	3	4
---	---	---	---

- j) Die samestelling van die dissiplinêre komitee reflekteer in regverdige, onpartydige verteenwoordiging van toepaslik gekwalifiseerde lede om in regverdige beoordeling te verseker.

1	2	3	4
---	---	---	---

- k) na: is in kommunikasiestelsel (dissiplinere verslaggewingvorms) in werking om die dissiplinere prosedure toepaslik te akkommodeer.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### 6.3.2.2 Daar is in geskrewe beleid teenwoordig betreffende:

- a) demovering

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) ontslag

1	2	3	4
---	---	---	---

c) afdanking vir besnoeiing.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.2.3 Die dissiplinereprosedure wordkonsekwent toegepas.

1	2	3	4
---	---	---	---

### 6.3.3 Kommunikasieprosedure

#### Standaard

Daar is In georganiseerde kommunikasiestelsel teenwoordig wat die verpleegpersoneel in staat stel om vrylik te kommunikeer ten einde In hoë gehalte verpleging te bevorder.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### Vereiste kenmerke

..

6.3.3.1 Daar is In formele stelsel vir vergaderings wat in ooreenstemming met ten minste die volgende is:

- a) Toepaslike verpleegdienspersoneel vergader so dikwels soos nodig, maar ten minste twee-maandeliks, om probleme in die lewering van verpleging te identifiseer, te bespreek en moontlike oplossings voor te stel,

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Hierdie funksie kan op die verpleegdiens- of eenheidsvlak uitgevoer word, soos wat dit die hospitaal pas.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Die doelstellings van elke vergadering word deur middel van In sakelys, wat vooraf gesirkuleer word, uitgeklaar.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Die datum en plek van elke vergadering word vooraf bepaal.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) In Notule word van elke vergadering geneem en onder alle verpleegpersoneel gesirkuleer.

1	2	3	41
---	---	---	----

- f) Enige aanbevelings en voorgestelde aksies word gedokumenteer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- g) Komitees word aangestel om enige verpleegbestuur/pasiensorgaktiwiteite, soos nodig, uitte voer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) Die doelstellings en funksies van elke komitee is gedefinieer, en rekord word van elke komitee se werksaamhede gehou.

1	2	3	4
---	---	---	---

- i) Demokratiese beginsels word benut tydens die verkiesing van komiteelede wat die verpleegkundiges verteenwoordig.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.3.2 Daar is In formele kommunikasiestelsel in werking waardeur personeel oor nuwe professionele en hospitaalbeleid ingelig word, in ooreenstemming met ten minste die volgende:

- a) In Toepaslike omsendbriefstelsel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Kennisgewingborde in geskikte (sigbare) areas vir toepaslike benutting.

1	2	3	4
---	---	---	---

c} 'n Personeelkomiteestelsel(s) •

1	2	3	4
---	---	---	---

#### 6.3.4 Beroepsgesondheid en veiligheidsprogramme

standaard

Daar is 'n formele beroepsgesondheids- en veiligheidsprogram vir die verpleegpersoneel in werking.

1	2	3	4
---	---	---	---

Vereiste kenmerke

6.3.4.1 Daar bestaan 'n geskrewe beroepsgesondheid- en veiligheidsbeleid vir verpleegpersoneel.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.4.2 Daar is 'n formele, verpleegkundige beroepsgesondheids- en veiligheidsprogram, volgens die risiko-prioriteite (fisieke en geestesgesondheid) bepaal, vir verpleegkundiges teenwoordig.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.4.3 Daar is verpleegkundige verteenwoordiging op die hospitaal se veiligheidskomitee.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.4.4 Die verpleegkundige beroepsgesondheids- en veiligheidsprogramme voldoen aan die regulasievereistes van die Wet op Masjinerie en Beroepsveiligheid, no. 6 van 1983:

a} Verpleegkundige veiligheidsverteenwoordigers is aangestel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Alle personeelongelukke/-insidente word ondersoek.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Alle personeelongelukke/-insidente word gedokumenteër.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Die WGV (werknemervergoedingsvereniging) -dokumentasie vir enige verpleegpersoneellid wat mediese sorgbenodig, word voltooi.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Veiligheidsopleiding word uitgevoer.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### 6.4 PERSONEELONTWIKKELING

..

##### Beginsel

Verpleegpersoneel word deur toepaslike induksie-, oriëntasie- en personeelontwikkelingsprogramme vir hul verantwoordelikhede in die voorsiening van verpleging voorberei. Hierdie programme is ontwerp om die verpleegkundige se kennis van nuwe ontwikkelinge in pasiëntsorg uit te brei en om haar/sy vlak van huidige vaardighede te handhaaf. Goed gekwalifiseerde, professioneel-ontwikkelde verpleegpersoneel dra by tot in hoë gehalte verpleging.

##### 6.4.1 Induksie en oriëntering

##### Standaard

Daar is formele induksie- en oriënteringsprogramme, van doeltreffende tydsduur en inhoud vir alle nuwe verpleegpersoneel om hulle vir hul nuwe werk en spesifieke pligte en verantwoordelikhede voor te berei.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Vereiste kenmerke

6.4.1.1 Daar is In algemene, georganiseerde induksie-program vir alle nuwe verpleegpersoneel, wat ten minste die volgende insluit:

- a) In Oorsig van die organisasie, insluitende In besoek aan alle hospitaaldepartemente/-eenhede.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Voorstelling aan alle departementele hoofde.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) In oorsig van die hospitaal se filosofie/missie en doelstellings.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) In Oorsig van die hospitaalbeleid en -prosedures, insluitende die kommunikasienetwerk:<sup>j</sup>

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Vergoeding: verduideliking van voordele, insluitende die diensvoorwaardes.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) In Verduideliking van die werknemer se posbeskrywing, verwagte werkverrigtingstandaarde en die gepaardgaande evalueringstelsel/-prosedure.

1	2	3	4
---	---	---	---

- g) Die griewe- en dissiplinere prosedures.

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) Die personeelontwikkelingstelsel en loopbaangeleenthede.

1	2	3	4
---	---	---	---

- i) Die beroepsgesondheids- en veiligheidstelsel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.2 Die induksieprogram word verkieslik binne die eerste week van diensaanvaarding uitgevoer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.3 In Orienteringsprogram is vir elke eenheid ontwerp engeYmplementeer en bevat ten minste die volgende:

- a) Die eenheid se doelstellings, funksies en verhouding met ander departemente.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) In Gedetailleerde uiteensetting van die werknemer se verantwoordelikhede en pligte in die eenheid, gebaseer op die posbeskrywing.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Eenheidsbeleid, prosedures en werkverrigtingstandaarde.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) voorstelling aan werknemers/kollegas.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.4 Die hospitaal en verpleegeenheid se rampplanne is in die induksie- en orienteringsprogramme ingesluit.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.5 Die induksie- en orienteringsprogramme word jaarliks geëvalueer en op datum gebring.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.6 Daar word rekord gehou van alle induksie- en oriënteringsprogramme deur nuwe personeel gevolg, en in hul lêers geliasseer.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### 6.4.2 personeelontwikkelingsprogramme

##### Standaard

Daar is in deurlopende en geformaliseerde personeelontwikkelingsprogram in werking, ontwerp om die verpleegpersoneel se kennis van nuwe ontwikkeling in pasiëntsorg uit te brei en om huidige vaardighede te handhaaf.

1	2	3	4
---	---	---	---

##### vereiste kenmerke

- 6.4.2.1 Daar is in geskrewe verpleegkundige personeelontwikkelingsbeleid.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.2 Daar is in deurlopende personeelontwikkelingsprogram vir alle kategorieë verpleegkundiges, op alle skofte.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.3 Die inhoud van die personeelontwikkelingsprogramme is gebaseer op die behoeftes wat tydens verpleegmoniterings- en -evalueringsaksies geïdentifiseer is, asook op persoonlike versoeke.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.4 Die personeelontwikkelingsprogramme word periodiek deur die verantwoordelike persoon/komitee geëvalueer en op datum gebring.

1	2	3	4
---	---	---	---



- 6.4.2.5 Daar word rekord gehou van alle personeelbywoning, deelname en optrede in die personeelontwikkelingsprogramme.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.6 Die persoon wat verantwoordelik is vir die ontwikkeling en koördinerings van die personeelontwikkelingsprogramme beskik oor die nodige opvoedkundige en kliniese kennis.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.7 vaardigheidsopleiding wat verband hou met risiko- en probleemverwante verpleging, bv, kardiopulmonale serebrale resussitasie, word so gereeld as moontlik, maar ten minste jaarliks aan personeel verskaf wat nie andersins hul vaardighede in hierdie verband kan bewys nie.

1	2	3	4
---	---	---	---

"■

#### 6.4.3 Voortgesette onderwys

##### Standaard

Voortgesette onderwys word deur die verpleegadministrateur gefasiliteer en bevorder.

1	2	3	4
---	---	---	---

##### Vereiste kenmerke

- 6.4.3.1 Daar is bewyse dat verpleegpersoneel toepaslike professionele seminare, werksinkels en kursusse bywoon vir die opknapping van kennis en vaardighede wat relevant is vir hul pasiëntsorg en bestuursverantwoordelikhede.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.3.2 Daar is In stelsel van studieverlofvoordele vir verpleegpersoneel, wat die spesifieke personeel-behoefte, soos deur die posklassifikasie en die bepaling van werkladingindeks gereflekteer, kan akkommodeer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.3.3 Daar is In terugvoeringstelsel teenwoordig waar-deur die bevindinge/aanbevelings van verpleeg-navorsing asook kennis wat van ander kursusse verkry is, wanneer toepaslik, aan die verpleeg-personeel beskikbaar gestel word.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### 6.4.4 personeelevaluering

standaard

Daar is In formele personeelevalueringstelsel vir alle verpleegpersoneel in **werking**.

1	2	3	4
---	---	---	---

Vereiste kenmerke

- 6.4.4.1 Daar is In geskrewe verpleegkundige personeel-evalueringsbeleid.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.4.2 Personeelevaluering word uitgevoer aan die einde van elke werknemer se proeftydperk en op neerge-legde tye daarna.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.4.3 Personeelevaluering word ten minste jaarliks uit-gevoer.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.4.4 Die personeevalueringsstelsel reflekteer ten minste die volgende:

- a) Die evalueringskriteria is gebaseer op en hou verband met die werkverrigtingstandaarde soos in die individu se posbeskrywing gespesifiseer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Die gradering van werkverrigting word deur die werknemer se onmiddellike toesighouer gedoen.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Objektiviteit word gehandhaaf deur die benutting van in praktiese instrument met toepaslike graderingskale.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Die personeevalueringsdokumente weerspieël dat die werknemer die evaluering gesien het en die geleentheid gebied is om daarop kommentaar te lewer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Daar is in remedieringsprogram in werking wanneer daar 'n diskrepans tussen die werknemer se verwagte en werklike werkverrigting is.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.4.5 Merietevergoeding is gebaseer op personeel-evalueringsresultate.

1	2	3	4
---	---	---	---

## 6.5 Personeelrekords en -statistieke

### Standaard

Personeelrekords en -statistieke word deur die verpleeg-administrateur bygehou en jaarliks ge-analiseer.

1	2	3	4
---	---	---	---

### Vereiste kenmerke

6.5.1 Personeelrekords word vir elke verpleegpersoneel-lid in die hospitaal bygehou en bevat ten minste die volgende:

- a) Aansoek- en aanstellingsdokumente.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Gesondheidsrekord(s), volgens die hospitaalbeleid •

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) personeelontwikkelingsbywoning: induksieoriëntering en ander.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Personeelevalueeringsverslae.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Kopieërbewyse van professionele kwalifikasie(s) en registrasieslidmaatskap (Suid-Afrikaanse Raad op VerplegingjSuid Afrikaanse Verpleegstersvereniging) •

1	2	3	4
---	---	---	---

6.5.2 Personeelrekords word in 'n veilige plek gehou en die toeganklikheid daarvan word eties beheer.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.5.3      Personeelstatistieke word bygehou en ten minste die volgende word ge-analiseer:

- a)      Aanvanklike en daaropvolgende gesondheidsrekords.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b)      Berading en dissiplinere aksies.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c)      Ongelukke en insidentverslae.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d)      Afwesigheids- en siekverlof.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e)      Personeelomset.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f)      Bewys van alle opleiding, formeel en informeel.

1	2	3	4
---	---	---	---

## 6.6      Personeelidentifikasie

### Standaard

Alle verpleegpersoneel dra uniforms en kentekens volgens die spesifikasies van die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Vereiste kenmerke

- 6.6.1 Epoulette en kentekens word, volgens die spesifieke registrasievereistes vir professionele en sub-professionele verpleegpersoneel terwyl aan diens gedra, uitsluitende die operasiesaalpersoneel (of anderpersoneel wat, vir steriliteits-redes, hul uniforms moet verruil.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.6.2 Die uniforms van verpleegpersoneel is ooreenkomstig die Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging se uniformregulasies.

1	2	3	4
---	---	---	---

## VDS 7 WETENSKAPLIKE METODE VAN VERPLEGING

### Beginsel

Die benutting van In wetenskaplike metode van verpleging dra by tot geïndividualiseerde, doelgerigte verpleging.

### Standaard

Die wetenskaplike metode van verpleging word benut aan die hand van In dokumentasiestelsel wat die wetenskaplike metode van verpleging; in ooreenstemming met die bestek van praktyk van geregistreerde verpleegkundiges (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging R2598) reflekteer.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Vereiste kenmerke

- 7.1 Die beginsels van wetenskaplike verpleging (beraming, beplanning, tussentrede en evaluering) word benut en as sodanig gedokumenteer vir elke gehospitaliseerde pasient, vanaf opname tot ontslag.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.2 Elke pasiënt; se verpleegbehoefte word tydens opname, of binne in tydperk soos deur die verpleegdiens bepaal, deur in geregistreerde verpleegkundige beraam.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.3 Geregistreerde verpleegkundiges is verantwoordelik vir die beplanning van elke pasiënt se verpleging:

- a) Verpleging word gebaseer op die verpleegkundige beraamling en is in ooreenstemming met die mediese terapie, soos voorgeskryf deur die verantwoordelike mediese praktisyn.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Verpleegbeplanning en -tussentrede is in ooreenstemming met die bestek van praktyk van verpleegkundiges (Suid-Afrikaanse Raad op Verpleging R2598, soos gewysig) om optimale fisieke en psigo-sosiale verpleging te verseker.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Die verpleegplan is gedokumenteer en reflekteer huidige standaarde van verpleegpraktyk.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.4 In Geregistreerde verpleegkundige hou toesig oor die implementering van die verpleegplan.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.5 Dokumentering van verpleging is toepaslik, bondig en reflekteer pasiëntstatus:

- a) Verpleegdokumentering spreek die pasiënt se behoeftes, probleme, vermoens en beperkings aan.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Alle verpleegtussentredes en pasiëntresponse word gedokumenteer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.6 pre-ontslagbeplanning sluit pasientonderrigdoelwitte en -aktiwiteite in.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.7 Evaluering vandoelbereiking word uitgevoer en gedokumenteer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.8 Dokumentering van pasient-ontslagtej-oorplasings is ooreenkomstig die hospitaalbeleid.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.9 Wetlike dokumenteringsbeginsels word nagevolg.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.10 Omvattende prosedurehandleidings (prosesstandaarde) is teenwoordig (vergelyk standaard 4):

- a) Toepaslike prosedurehandleidings is in elke verpleeg-eenheid'beskikbaar.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Meesterstelle is in die verpleegadministrateur se kantoor beskikbaar.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Prosedurehandleidings word hersien en op datum gebring soos toepaslik.

1	2	3	4
---	---	---	---



- d) Handleidings het maklike en sinvolle verwysingstelsels.

1	2	3	4
---	---	---	---

## VDS8      RAMPPLAN

### Beginseel

In Goedbeplande rampplan dra by tot In hoë gehalte verpleging tydens In ramp of onvoorsiene gebeurtenis.

### Standaard

Daar is In hospitaalrampplan wat die rol van die verpleegdiens in die plan reflekteer.

1	2	3	4
---	---	---	---

### vereiste kenmerke

8.1 Daar is In geskrewe verpleegkundige rampplan in die hospitaal teenwoordig wat die volgende weerspieel:

- a) In Elektriese falingsplan.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) In Vuurnood/blusplan wat ontruimingsprosedures insluit.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) In Bomdreigementplan.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) In Verpleeggebeurlikheidsplan vir In personeelkrisis.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Noodtoerusting en -voorradeplan.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 8.2 Daar is In nood/ramp-kommunikasienetwerk met In roepstelsel vir verpleegpersoneel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 8.3 Die verpleegdiensrampplan is In onderafdeling van die hospitaal se rampplan.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 8.4 Daar is In afskrif van die rampplan op die volgende plekke:

- a) In die verpleegadministrateur se kantoor.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) In toepaslike verpleegeenhede.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 8.5 Indiensopleidingsprogramme, met gereelde' gesimuleerde proeflopie is in werking.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 8.6 Die hospitaal- en verpleegkundige rampplanne word in die induksieprogramme van nuwe personeel ingesluit.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 8.7 Die verpleegdiens se rampplan word op In gereelde basis asook na enige inwerkingstelling daarvan, hersien.

1	2	3	4
---	---	---	---

## **VDS9 GEHALTEVERSEKERINGSPROGRAMME**

### **Beginse1**

In Beplande, omvattende gehalteversekeringsprogram verseker die pasiënt; van In spesifieke graad van uitnemendheid deur die objektiewe monitering en evaluering van die gehalte van verpleging.

## Standaard

Daar is In geformaliseerde verpleegkundige gehalteversekeringsprogram teenwoordig.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Vereiste kenmerke

9.1 Daar is In geskrewe gehalteversekeringsbeleid teenwoordig.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.2 Die verpleegadministrateur is verantwoordelik vir die daarstelling en implementering van die gehalteversekeringsprogram.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.3 Daar is In verpleegkundige gehalteversekeringskomitee wat ten minste die volgende insluit: ..'

a) Die verpleegadministrateur of afgevaardigde.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) In Gekwalifiseerde verpleegkundige verantwoordelik vir gehalteversekering in die hospitaal (bv, In verpleegkundige gehalteversekeringskoördineerder/pasiëntsorgbestuurder) •

1	2	3	4
---	---	---	---

c) Verteenwoordiging van uit die personeelontwikkelingsdepartement.

1	2	3	4
---	---	---	---

d) Toepaslike proporsionele verteenwoordiging van alle eenheidsbestuurders (bevelsusters) en/of area-verpleegadministrateurs.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.4 Die gehalteversekeringsprogram reflekteer ten minste die volgende:

- a). Identifikasie en beskrywing van die waardes, filosofie/missie van die verpleegdiens (vergelyk standaard 2) •

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Die formulering van In basiese gehalteversekeringsbeleid.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Die bepaling van gehalteversekeringsprioriteite deur die identifisering van kritiese (belangrike) aspekte van verpleging in die hospitaal.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Die formulering van gehalteversekeringsdoelstellings.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) programbeplanning volgens die prioriteite wat bepaal is.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) Opleiding van en onderwys aan verpleegpersoneel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- g) Inisiering van probleemgerigte evalueringstudies.

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) Die ontwerp van In toereikende dataversameling-, analisering- en verslaggewingstelsel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- i) Geldige standaard aan die hand waarvan werkverrigting beoordeel word.

1	2	3	4
---	---	---	---

- j) Duidelike omskrywing van die gesagslyne.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.5 In Gehalteversekeringsklimaat word soos volg deur die gehalteversekeringskomitee bevorder:

- a) Gehalteversekeringsinhoud word in die jaarlikse personeelontwikkelingsprogramme ingesluit.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Deelnemende besluitneming deur die eenheidsbestuurders (bevelsusters) vir gehalteversekeringsaktiwiteite.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Voorbereidingsprogramme vir gehalteversekering.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.6 Die evaluering van gehalteverpleging word op ten minste die volgende wyses uitgevoer:

- a) Personeelevaluering (vergelyk standaard 6.4.4).

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Jaarlikse ouditering van verpleegrekords.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Pasient-tevredenheid met verpleging.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Hoe-risikobeheer bv. infeksiebeheerstatistieke.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Insidentrapportering op probleemgerigte verpleegtussentreëdes.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.7 Gehalteversekeringsprogram(me) reflekteer realistiese aktiwiteite ooreenkomstig die behoeftes bepaal.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.8 Die ouditinstrument is op die verpleegdokumentasie-standaarde gebaseer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.9 Die personeelontwikkelingsprogram(me) reflekteer bewyse van remedieringsaksies ooreenkomstig die bevindings van die gehalteversekeringsevaluering.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.10 Gehalteversekeringstatistieke word ge-analiseer en in grafiese vorm voorgestel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.11 Wanneer belangrike probleme in verpleging geldentifiseer word, word stappe geneem en die effektiwiteit daarvan beoordeel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.12 Die stappe wat geneem word om probleme op te los en om verpleging te verbeter word gedokumenteer en, waar toepaslik, aan die verpleegadministrateur en/of gehalteversekeringskoördineerder gerapporteer.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.13 Die gehalteversekeringsprogram word ten minste jaarliks geëvalueer en die volgende word beoordeel:

- a) Bereiking van die gehalteversekeringsdoelstellings.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Die inhoud van die gehalteversekeringsprogram.

1	2	3	4
---	---	---	---

c) Die sukses van die onderrigprogram vir gehalte-versekering.

1	2	3	4
---	---	---	---

d) Die effektiwiteit van die moniterings- en evalueringstelsel.

1	2	3	4
---	---	---	---

e) Die kommunikasiestelsel (verslaggewing/data-insameling).

1	2	3	4
---	---	---	---

f) Die vlak/graad van gehalteverbetering.

1	2	3	4
---	---	---	---

4

(Onthou asseblief om vraag 8 op bladsy 4 te voltooi.)

Algemene kommentaar

---

---

---

---

---

---

---

Baie dankie vir u harde werk.

## WOORDELYS

**Aanspreeklikheid:** Om aanspreeklik vir 'n mens se eie dade te wees: gewillig om volgens gestelde standarde en verwagtinge beoordeel te word en gewillig om met die resultate van 'n mens se dade saam te leef. Om aanspreeklik te wees vir 'n mens se handeling op vyf vlakke: teenoor 'n mens se gewete, teenoordie pasiënt, die werkgewer, die hof as dit nodig is, en teenoor die suid-Afrikaanse Raad op Verpleging.

**Akkreditering:** 'n Formele proses van evaluering en sertifisering dat 'n hospitaal aan sekere voorafbepaalde standarde, kriteria en kenmerke voldoen.

**Begroting:** 'n Numeriese beskrywing van die verwagte inkomste en beplande uitgawes van 'n organisasie oor 'n gegewe periode.

**Bekwaamheidsbevoegdheid:** 'n Bewese kognitiewe, affektiewe, en/of psigomotoriese vermoë wat vereis word vir die verrigting van spesifieke aktiwiteite.

**Beleid:** 'n Verklaring van die beoogde wyse waarop 'n handeling uitgevoer moet word, om besluitneming in 'n organisasie te rig.

**Beroepsgesondheids- en veiligheidsprogram:** 'n Program wat die optimale gesondheid en veiligheid van verpleegpersoneel verseker.

**Dissipline:** Handeling of optrede aan die kant van die gesagsfiguur (bestuurder) in die hospitaal, wat daarop gemik is om verpleegpersoneel te weerhou van gedrag wat die funksionering van die verpleegdiens kan ontwrig.

**Dissiplinere kode:** 'n Verduideliking van moontlike wangedrag deur verpleegpersoneel en die toepaslike dissiplinere maatreels wat geneem kan word indien die werknemer skuldig bevind sou word.

**Dissiplinere prosedure:** 'n Formele prosedure waarvolgens verpleegpersoneel gedissiplineer kan word ten einde regverdige geregtigdhede te verseker.

**Doelstelling:** 'n Beskrywing van die bestemming waarheen



gestreef word. In Breë beskrywing van wat bereik moet word; die resultaat van die aksie.

Doelwit: Spesifieke, meetbare gedrag wat vanuit die doelstelling afgelei is. In Konkrete verklaring van die eindresultaat wat bereik wil word.

Filosofie: Die waardes en oortuigings wat doelbewus gekies is om as basis vir optrede te dien waarvolgens doelstellings bereik kan word en wat besluitneming rig.

Formele verpleegonderwys: Verpleegonderwys wat tot In formele kwalifikasie in die vorm van In diploma, graad, ensovoorts, lei.

Funksionele toewysingsmetode: In Taakgerigte wyse van verpleging. Take (byvoorbeeld inname en uitskeiding) word aan sekere verpleegkundiges gedelegeer om gedurende In spesifieke skof uit te voer.

Gebeurlikheidsplan: Daardie gedeelte van die noodplan wat voorsiening maak vir die hantering van personeelkrisissituasies.

Gehalte: Die konformerings aan voorafbepaalde standaarde en kriteria. Die kenmerke van voortreflikheid.

Gehalteversekering: In Proses waarvolgens In spesifieke graad van bevoegdheid verseker word. Dit is In proses waardeur standaarde geformuleer word, die huidige vlak van werkverrigting, volgens die gestelde standaarde, beoordeel word en die nodige korrektiewe aksies uitgevoer word.

Gehalteversekeringsprogram: In Beplande program waarvolgens kliniese werkverrigting van verpleegpersoneel objektief gemoniteer en beoordeel word, wat geleenthede vir verbetering identifiseer en wat In meganisme voorsien waarvolgens stappe gedoen kan word om die nodige verbeteringe teweeg te bring en te handhaaf.

Gekwalifiseerd: Demonstreer toepaslike kennis en vaardighede.

**Geldigheid:** Die mate waarin In toestel meet wat dit veronderstel is om te meet.

**Gesag:** Die reg wat aan In individu toegewys word om besluite te neem, aksies uit te voer, die nodige bronne te ontplooi, om bevele te gee of om straf op te lê.

**Gevalletoewysingsmetode:** In Metode van verpleging waar een of meer pasiente vir totale verpleging aan een verpleegkundige toegewys word.

**Grief:** Gebeure of In situasie of In toestand wat die lê van In klagte deur In verpleegpersoneellid regverdig.

**Grieweprosedure:** In Formele prosedure wat gebruik word om griewe in In hospitaal op te los.

**Induksie- en oriënteringsprogram:** 'n Formele proses van induksie en oriëntering van In nuwe werknemer:

- \* **Induksie:** Daardie formele prosedures wat In nuutaangestelde werknemer deurloop waartydens die'hospitaal se beleid, missie, doelstellings, insluitende die diensvoorwaardes en ander toepaslike algemene inligting, aan die werknemer bekend gestel word ten einde identifisering met die hospitaal se filosofie, doelstellings en norme te verseker.
- \* **oriëntering:** In Formele, individueel-gerigte opleidingsprogram wat daarop gemik is om In nuutaangestelde verpleegpersoneellid met haar/sy posverantwoordelikhede, pligte (posbeskrywing), werkplek en kollegas binne die werksomgewing (in die spesifieke verpleeg-eenheid) vertrouwd te maak,

**Kenmerke:** Die onderskeidingstekens van In element of 'n persoon.

**Keuring:** In Wetenskaplike metode waarvolgens die mees geskikte kandidaat, volgens die gestelde werkverrigtingstandaarde vir die spesifieke pos, geselekteer word.

**Kriteria:** Dié onderskeidende kenmerke van In element of 'n persoon.

**Kommunikasiestelsel:** Die formele proses waardeur bestuurders bestaande organisatoriese kanale benut om inligting te ontvang en aan persone binne die organisasie, asook aan toepaslike individue en groepe buite die organisasie, te versend.

**Organisatoriese struktuur:** Die logiese-strukturering en verspreiding van werk in 'n organisasie ten einde doelverwesenliking optimaal te bewerkstellig die proses of wyse waarop 'n groep saamgestel word, die gesagslyne, spanwydte van beheer en kommunikasielyne daargestel word.

**Organogram:** 'n Formele diagrammatiese voorstelling van 'n organisatoriese struktuur ten einde die posisie en funksie van elke departement en eenheid te beskryf en om die verhoudings tussen departemente aan te toon.

**pasient-toewysingsmetode:** 'n Patroon of stelsel waarvolgens die lewering van verpleegsorg plaasvind, soos gevalle-, funksionele, span- en primere verpleging.

**Pasientklassifikasiestelsel:** 'n Metode waarvolgens pasiënte, volgens die hoeveelheid en kompleksiteit van verpleging oor 'n gegewe tydperk benodig, geklassifiseer word. Pasiënt-akutheidsvlakke (intensiewe, hoë-, gemiddelde en selfsorg) word bepaal, bedbesettingstatistieke word verkry en die tipe en hoeveelheid verpleging wat benodig word, word daarvolgens bepaal.

**Personeelbehoud:** Al daardie prosesse wat onderneem word om verpleegpersoneel in die bepaalde hospitaal te behou en om die verpleegpersoneelomset te verminder.

**personeelevaluering:** Die formele proses waarvolgens die werkverrigting van verpleegpersoneel, volgens neergelegde standaarde, op 'n wetenskaplike wyse beoordeel word.

**personeelontwikkeling:** Alle opleiding en onderrig wat deur die werkgewer onderneem word om die professionele en persoonlike kennis, vaardighede en houdings van werknemers te verbeter.

**Personeelvoorsiening:** Die beskikbaarstelling van bevoegde personeel om die poste in die organisasie te vul. Dit sluit die prosesse van werwing, keuring en plasing van personeel in.

**Posbeskrywing:** In Geskrewe verklaring van die organisatoriese verhoudings, rolle, verantwoordelikhede en spesifieke pligte wat van In personeellid in In spesifieke pos verwag word.

**Posspesifikasie:** oln Beskrywing van die kwalifikasies, vermoëns en persoonlike eienskappe wat vir effektiewe werkverrigting in In spesifieke pos verwag word.

**primere verpleegmetode:** In Deurlopende en ge-koördineerde verpleegmetode waartydens In primêre verpleegkundige die inisiële beraming van die pasiëntbehoeftes uitvoer en aanspreeklikheid vir die beplanning van omvattende 24-uur verpleging vir individuele pasiënte vir die duur van hospitalisasie aanvaar. primêre verpleging word deur In sterk binding tussen In spesifieke pasiënte en primêre verpleegkundige gekenmerk.

**program:** In Reeks aktiwiteite wat saam uitgevoer word om In verwagte doelstelling te bereik.

**Rampplan:** Daardie gedeelte van die noodplan wat voorsiening maak vir die hantering van verskeie pasiëntkrisis-situasies.

**Remedierende aksies:** Korrektiewe aksies wat uitgevoer word om die gehalte van verpleging, by wyse van die verandering van ontoereikende optrede van verpleegpersoneel of ander tekortkominge, te verbeter.

**Skedulering:** Die vooruitbepaling van patrone van aan- en afdienstyd-diensure vir verpleegpersoneel in In gegewe eenheid vir In voorgeskrewe tydperk.

**Spanverpleging:** In Stelsel van verpleging waartydens 'n gekwalifiseerde verpleegkundige as spanleier vir In groep verpleegkundiges optree tydens die verpleging van In groep pasiënte.

**Standaard:** In Beskrywende verklaring van die verwagte vlak van werkverrigting waarvolgens die gehalte van verpleging beoordeel kan word.

**Toekenning:** Die proses van toewysing/ontplooiing van verpleegpersoneel (en ander beskikbare bronne) op die mees effektiewe wyse waardeur verkwisting geminimaliseer kan word.

**Validering van standaarde:** Die proses wat gebruik word om die realistiesetoepaslikheid van neergelegde standaarde by wyse van kwalitatiewe besprekings/debatvoering met kundiges en kwantitatiewe graderings te bepaal. Gedurende die debatvoering word elke standaard *bespreek*, bevraagteken en die nodige aanbevelings gemaak. Nadat die voorgestelde veranderinge aangebring is word die kwantitatiewe validering by wyse van In numeriese gradering uitgevoer waartydens die waarde en toepaslikheid van elke standaard gegradeer word.

**Verantwoordelikheid:** Geïloofwaardige optrede; die verpligting om In funksie op In bevredigende wyse te verrig.

**Vermoë:** Om oor die kennis en vaardighede te beskik wat nodig is om In professionele of ander aktiwiteit te verrig.

**Verpleegdiens:** In Subsisteem in die gesondheidsdiens gemeoid met die bereiking van die verpleegkundige doelstellings en met In verpleegkundige as bestuurder aan wie die gesag en verantwoordelikheid vir die bereiking van hierdie doelstellings toevertrou is.

**Voortgesette onderwys:** Alle beplande leeraktiwiteite nadat basiese verpleegopleiding voltooi is, wat ontwerp is om kennis, vaardighede, en houdings te voorsien wat In individuele verpleegpraktyk kan bevorder.

**Werkladingindeks:** Die hoeveelheid (omvang van) verpleging wat benodig word, in minute en ure verwerk, volgens die kompleksiteit en tipe verpleegtussentrede benodig. pasient-sensus- (akuutheidsvlakke en bedbesetting) statistieke word gehou en in berekening gebring by die bepaling van verpleegposte in In hospitaal.

**Werwing:** Die proses wat onderneem word om voldoende aansoekers vir vakante verpleegposte te verkry.

**Wetenskaplike verpleging:** In Georganiseerde, sistematiese proses waarvolgens In pasient se gesondheidsbehoefte/probleme beraam word, In verpleegdiagnose gemaak word, verpleegtussentrede beplan en geïmplementeer word en die sukses van doelbereiking geëvalueer word.

PO Box 5188  
HORISON  
1730  
15th May 1989

Phone no. (H) 011 7602500

Dear colleague

Participation in validation of standards: research project on nursing service standards for private hospitals

You have been deliberately selected to participate in this project due to your experience and expertise in the field of nursing service management/administration.

These nursing service standards form part of a research on "Nursing service standards for private hospitals" towards a doctoral degree at the Rand Afrikaans University.

There is at present a great demand towards quality assurance in nursing care and possible accreditation of private hospitals has been suggested by various economic and political leaders. The nurse manager/administrator plays an important role in the facilitation of quality assurance and has to be prepared for future demands in this regard.

As a nurse manager/administrator (or lecturer on the subject) involved, in all the complexities of nursing service management/administration, your contribution in the validation of these standards will be of great value. The ultimate aim is to utilise these standards for accreditation purposes (refer to glossary for explanation of terms).

The first phase of validation has been completed by means of peer review discussions with nursing service managers/administrators country wide. This is therefore the final validation (quantification) phase (refer to glossary).

The reviewing and validation of these standards will take approximately three hours of your time. Group discussions with colleagues will increase the value of the validation and is therefore recommended.

During the validation of the standards you are expected to review the standards and determine whether the standards and required characteristics are:

- \* irrelevant, not applicable to nursing service management in a private hospital (rating one);
- \* indistinct and the applicability is questioned (rating two);
- \* applicable but could be reformulated (rating three):
- \* complete, clear, well formulated and highly applicable/realistic to be used as a minimum standard in any private hospital to assure/improve quality nursing care (rating four);

If you have any problem in validating the standards you may contact me at the above telephone number.

You are assured of complete confidentiality. If you wish to make any additional comments you may do so at the end of the standards.

**Return of validated standards**

Please return the validated standards in the postage-paid envelope enclosed in this package at your earliest convenience. I will appreciate return of the standards not later than \_\_\_\_\_ 1989.

I would like to thank you in advance for participating in the study and for using your time to share your expert knowledge with me.

Yours sincerely



---

Miss Marie Muller  
Senior lecturer: Department of Nursing  
Rand Afrikaans University.



--	--

## Information on validators

Please answer each question by making an x in the most appropriate item block.

### 1. Post:

Please indicate your post (or equivalent).

- |     |  |   |  |  |
|-----|--|---|--|--|
| 1.1 | Director/deputy director of nursing services | <table border="0"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |
|     |  |   |  |  |
| 1.2 | National/regional nurse administrator        |   |  |  |
| 1.3 | Nurse administrator (chief/deputy matron)    |   |  |  |
| 1.4 | Nursing management/administration lecturer   |   |  |  |
| 1.5 | Clinical tutor/sister                        |   |  |  |

### 2. Employment sector

- |     |                |  |  |  |  |
|-----|----------------|--|--|--|--|
| 2.1 | Public sector  | <table border="1"><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr><tr><td></td></tr></table> |  |  |  |
|     |                |  |  |  |  |
|     |                |  |  |  |  |
|     |                |  |  |  |  |
| 2.2 | Private sector |  |  |  |  |
| 2.3 | University     |  |  |  |  |

### 3. Province of employment (stationed)

- |     |                   |   |  |  |
|-----|-------------------|---|--|--|
| 3.1 | Cape              | <table border="0"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |
|     |                   |   |  |  |
| 3.2 | Natal             |   |  |  |
| 3.3 | Orange Free State |   |  |  |
| 3.4 | Transvaal         |   |  |  |

### 4. Size of hospital:

- |     |                  |   |  |  |
|-----|------------------|---|--|--|
| 4.1 | Not applicable   | <table border="0"><tr><td> </td><td> </td></tr></table> |  |  |
|     |                  |   |  |  |
| 4.2 | 1-199 beds       |   |  |  |
| 4.3 | 200-349 beds     |   |  |  |
| 4.4 | 350-499 beds     |   |  |  |
| 4.5 | 500 or more beds |   |  |  |

5. Professional qualifications:

- 5.1 General Nursing
  - 5.2 Midwifery
  - 5.3 Pshychiatric Nursing
  - 5.4 Community Health Nursing
  - 5.5 Intensive Care Nursing
  - 5.6 Operating Room Nursing
  - 5.7 Orthopaedic Nursing
  - 5.8 Paediatric Nursing
  - 5.9 Nursing Administration
  - 5.10 Nursing Education
  - 5.11 Other (please specify)
- 
- 

--	--

6. Academic qualifications

- 6.1 Diploma (basic)
  - 6.2 Diploma (post-basic)
  - 6.3 B - degree (basic)
  - 6.4 B -degree (post-basic)
  - 6.5 Honours Degree
  - 6.6 Masters degree
  - 6.7 Doctorate
  - 6.8 Other (please specify)
- 


7. Years of experience as a nurse administrator (matron) and/or lecturer on the sUbject

- 7.1 None
- 7.2 1-5 years
- 7.3 6-10 years
- 7.4 11-15 years
- 7.5 16 or more years

--	--

8. How long dit it take you to review and validate the standards? (Please remember to complete this question after having validated the standards.)

- 8.1 1-3 hours
- 8.2 4 or more hours


## VALIDATION OF STANDARDS

Please review the standards (personally and/or in conjunction with colleagues) and rate each standard/required characteristic by distinctly encircling the appropriate item number.

Example:

There is an organised nursing service authorised to take all reasonable steps to provide quality nursing care and to facilitate and maintain optimal professional conduct and professional practice of its personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

Key to scale:

- 1 = the standard/required characteristic is irrelevant/not applicable to nursing service management in a private hospital
- 2 = the standard/required characteristic is indistinct and the applicability is questioned
- 3 = the standard/required characteristic is applicable but could be reformulated
- 4 = the standard/required characteristic is complete, clear, well formulated and highly applicable/realistic to be used as a minimum standard in any private hospital to assure/improve quality nursing care.

(Nursing Service Standard = NSS)

NSS I      Organised Nursing Service

principle

An organised nursing service contributes towards quality nursing care in a hospital.

Standard

There is an organised nursing service authorised to take all reasonable steps to provide quality nursing care and to facilitate and maintain optimal professional conduct and professional practice of its personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

- 1.1 The hospital's organisational plan (structure) reflects a post/position for a nurse administrator.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.2 The nursing service is directed (managed) by a nurse administrator.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.3 The job description of the nurse administrator reflects responsibility and authorisation for the nursing care rendered. It also makes provision for nursing care objectives to be formulated and met.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.4 There is evidence of a written nursing service organisational plan (structure) that delineates lines of authority, accountability and communication according to the variety of patient services offered and the scope of nursing care activities in the hospital (various departments, sections, wards, etc.).

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.5 The organisational plan (structure) of the nursing service reflects posts for appropriate management of nursing services on all shifts.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.6 The nurse administrator is a registered nurse with appropriate qualifications and/or experience according to the type of nursing care delivered in the hospital:

- a) It is desirable, but not required, that the nurse administrator has at least a post-basic administration/management qualification.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Appropriate experience and/or post-basic qualification(s) in at least two of the nursing disciplines according to the patient care required, eg. General Nursing Science, Midwifery, Psychiatric, Operating room, Intensive care, Paediatric, Oncology Nursing Science, etc.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) It is desirable, but not required, that the nurse administrator is qualified and/or experienced in nursing education or a designee qualified/experienced in nursing education.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) There is proof that the nurse administrator is currently registered with the South African Nursing Council and is a paid up member of the South African Nursing Association.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.7 The nurse administrator is employed on a full-time basis and has the responsibility and authority for taking all reasonable steps to assure that quality nursing care is provided.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.8 When a hospital nursing service is decentralised with supervisory nurse administrators:

- a) There is one nurse administrator to whom the other nurse administrators are accountable to assure the provision of a uniformly optimal level of nursing care throughout the hospital.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) These nurse administrators are appropriately qualified in the particular disciplines of nursing care (eg. Operating room nursing, etc.).

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.9 The nurse administrator(s) demonstrate(s) nursing managerial abilities/skills.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.10 There is a staff development programme in force for the nurse administrator(s).

1	2	3	4
---	---	---	---

- 1.11 A qualified, registered nurse is designated and authorised to act in the nurse administrator's absence.

1	2	3	4
---	---	---	---

1.12 The relationship of the nursing service to other departments in the hospital, is specified within the overall organisational plan of the hospital (structure).

1	2	3	4
---	---	---	---

1.13 The nurse administrator liaises formally between the other health professionals and administrative staff.

1	2	3	4
---	---	---	---

1.14 The nurse administrator is authorised to prepare and manage the nursing service budget.

1	2	3	4
---	---	---	---

NSS 2 PHILOSOPHY

**principle**

The nursing service philosophy states those values and beliefs that influence the practice of nursing in the hospital and guides the nurse administrator in decision making. The philosophy serves as a guide for action and an explanation of action.

**standard**

There is a nursing service philosophy.

1	2	3	4
---	---	---	---

**Required characteristics**

2.1 There is evidence of a written nursing service philosophy in the office of the nurse administrator.

1	2	3	4
---	---	---	---

2.2 The philosophy flows from and is congruent with the philosophies of the hospital institution and nursing profession.

1	2	3	4
---	---	---	---

2.3 The components of the nursing service philosophy include belief statements regarding:

(a) the patient

1	2	3	4
---	---	---	---

(b) nursing practice

1	2	3	4
---	---	---	---

(c) the nurse

1	2	3	4
---	---	---	---

(d) nursing education when appropriate.

1	2	3	4
---	---	---	---

2.4 The nursing service philosophy is made available to the nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

### NSS 3 GOALS AND OBJECTIVES

#### Principle

Written goals and objectives reflect goal directed nursing management, including quality nursing care, and states the reason why the particular nursing service exists, that is, the purpose of the service.

#### Standard

In accordance with delegated authority, the nurse administrator has the responsibility and authority to assure that nursing care goals and objectives are formulated and met.

1	2	3	4
---	---	---	---



## Required characteristics

- 3.1 The nurse administrator, or deputy designated by the nurse administrator, represents the nursing service in institutional planning and in determining institutional goals and objectives.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.2 There is evidence of written, long and short term goals and objectives in the nursing service.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.3 The goals and objectives are consistent with the goals and objectives of the hospital and nursing profession.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.4 Every group/unit in the nursing service has specific objectives that are in harmony with those of the nursing service, organisation and nursing profession.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.5 The objectives are stated in measurable, behavioural terms, allowing for a realistic evaluation of results/outcomes.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.6 Responsibility and accountability for the attainment of objectives are clearly defined in the job descriptions of nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 3.7 There is evidence of goals and objectives being communicated to the nursing personnel by means of meetings between manager and staff, or in writing.

1	2	3	4
---	---	---	---

Principle

Written policies reflect optimal structure standards to guide the provision of quality nursing care in accordance with macro policies.

Standard

A comprehensive set of policy statements are formulated and maintained in the nursing service to guide decision making in nursing care.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

4.1 There is a formal mechanism for the nurse administrator to communicate with those levels of management involved in policy decisions affecting patient care services in the hospital and to participate in the policy making.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.2 In accordance with delegated authority, the nurse administrator assures that the policies, procedures, and practices of the nursing service are consistent with the hospital's policies and procedures.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.3 Policy manuals are maintained on:

a) The Nursing Act, no. 50 of 1978, as amended.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Related and appropriate South African Nursing Council regulations.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c} Appropriate health related and other acts and regulations, according to the scope of health care services provided in the hospital.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d} Nursing personnel policies (refer to standard 6).

1	2	3	4
---	---	---	---

- e} Budgetary and purchasing policies.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f} Equipment and stocks control.

1	2	3	4
---	---	---	---

- g} Quality assurance (refer to standard 9).

1	2	3	4
---	---	---	---

- h} Agency agreements when appropriate.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 4.4 All acts and regulations are valid (updated) and a system for the receipt of amendments is present.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 4.5 The nurse administrator assures that the policies and related practices of the nursing service and nursing units, are in accordance with macro policies, ego legislation and health care policies.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 4.6 Policies are reviewed and updated when appropriate.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.7 The manuals have easy reference and updating systems illustrating:

a) Section information/index system.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Signatures of compilers and supervisors.

1	2	3	4
---	---	---	---

c) Review dates •.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.8 The full set of policy manuals is at all times available to nursing staff in the hospital.

1	2	3	4
---	---	---	---

4.9 Nursing legislation (the Nursing Act, no. 50 of 1978), and relevant South African Nursing Council regulations, are available to all the nursing personnel at each nursing station.

1	2	3	4
---	---	---	---

## NSS 5 DETERMINATION OF WORK LOAD INDEX

### **principle**

The determination and forecasting of nursing work load serves as a basis for staff effectiveness and quality of nursing care.

### **standard**

There is a scientifically based system for determining nursing requirements on the basis of demonstrated patient needs, appropriate nursing intervention, and priority for care.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Required characteristics

- 5.1 There is evidence of the determination of nursing work load index.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 5.2 Acuity levels of patients in the hospital are determined (patient classification system).

1	2	3	4
---	---	---	---

- 5.3 Patient census and bed-occupancy statistics are maintained monthly.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 5.4 Post determination of nursing personnel is scientifically based upon the above information•

1	2	3	4
---	---	---	---

- 5.5 The hospital patient admission system allows for participation from the nursing service in co-ordinating patient requirements and nursing care with available nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

## NSS 6 NURSING PERSONNEL

### 6.1 STAFFING (PROVISION OF PERSONNEL)

#### Principle

Organisational effectiveness is dependent upon the effectiveness of its employees. The provision of adequate, appropriately qualified nursing staff, contributes towards a high quality of nursing care. A uniform staffing programme will prevent excessive transfer of nursing personnel and facilitates job satisfaction.

**Standard**

Staffing (provision). of nursing personnel is based upon the scientific principles of manpower staffing.

1	2	3	4
---	---	---	---

**6.1.1 Recruitment**

**Standard**

There is a formal nursing recruitment programme in force.

1	2	3	4
---	---	---	---

**Required characteristics**

6.1.1.1 The nursing service has a written recruitment policy.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.1.1.2 The recruitment policy is in accordance with the recruitment policy of the organisation/hospital.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.1.1.3 The post information is accurately based upon the job requirements as reflected in the job descriptions/specifications.

1	2	3	4
---	---	---	---

**6.1.2 Selection**

**Standard**

There is a formal selection system based upon the scientific principles of manpower selection.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Required characteristics

- 6.1.2.1 The nurse administrator is responsible for (and/or involved in) the selection of nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.2.2 There is a well defined selection policy to contribute towards the provision of fair/equal opportunities for all applicants.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.2.3 There is a formal selection system based on criteria that are in accordance with at least the following:

- a) The registration and/or enrolment requirements of the South African Nursing Council.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Selection criteria are based upon the job requirements as reflected in the job descriptions/specifications.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) The needs of the patient population and scope of services (post classification) are taken into account.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) The job expectations are clarified to the applicant.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.2.4 Unsuccessful candidates are informed in a formal manner.

1	2	3	4
---	---	---	---

### 6.1.3 Appointment and placement

standard

Appointment and placement of nursing personnel is done in accordance with the selection criteria and employee's career motivation.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### Required characteristics

- 6.1.3.1 A written letter of appointment/contract is supplied to each newly appointed nursing staff member.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.3.2 Written conditions of service is given to each nursing staff member.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.3.3 Only appropriately qualified registered nurses are appointed in charge/head nursing positions in the different nursing disciplines/units.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.1.3.4 Legal professional requirements are adhered to:

- a) All nursing personnel, including candidates recruited from outside sources (agencies) or foreign countries, utilised in a nurse capacity, are registered or enrolled with the South African Nursing council.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) All nursing personnel are fully paid up members of the South African Nursing Association.

1	2	3	4
---	---	---	---



6.2 PERSONNEL UTILISATION

principle

In striving to assure quality nursing care and a safe environment for patients, the utilisation of nursing personnel is based upon appropriate scientific principles/methods.

6.2.1 Allocation

Standard

Specific allocation of nursing personnel for each nursing care unit is in accordance with the patient care requirements, staff expertise, unit geography, availability of support services and method of patient care delivery.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

6.2.1.1 Registered professional nurses are in charge of (responsible for) general nursing units during all shifts.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.1.2 Appropriately qualified, professional (registered) nurses are in charge of (responsible for) each specialised nursing unit during all shifts:

a) Operating room: Operating Room Nursing Science.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Intensive care units: Intensive Care Nursing Science.

1	2	3	4
---	---	---	---

c) Maternity: Midwifery.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.1.3    The nursing personnel ratio (professional/sub-professional) is in accordance with the work index and post determination.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.2        Job descriptions

Standard

Each nursing staff member in the hospital has a written job description that specifies the duties and responsibilities of the position.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.2.1    The job description specifies at least the following:

a)    Job identification:    job title.

1	2	3	4
---	---	---	---

b)    Job summary listing the major functions and responsibilities of the specific job which elicits the degree of job complexity.

1	2	3	4
---	---	---	---

c)    Relationships, responsibilities, duties:    the degree of skill required.

1	2	3	4
---	---	---	---

d)    Authority and required standards of performance.

1	2	3	4
---	---	---	---

e)    Working conditions:    special working conditions and probable risks.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.2.2 The job specification states the minimum level of education/training and work experience required.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.2.3 The job descriptions are clear and self-contained and written in such a way that they ensure the following:

- a) Clear description of the nature of the work or job functions.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Delineation of the appropriate responsibilities and authority.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Delineation of the degree of complexity.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Is comprehensive enough to guide a new employee in the position.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.2.4 Job descriptions are reviewed regularly to reflect current job requirements.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.2.2.5 Job descriptions are made available to nursing personnel at the time of appointment, when any amendments have been made and on request.

1	2	3	4
---	---	---	---

**6.2.3 Patient assignment methods**

**Standard**

Patient assignment methods are in accordance with the nursing needs of the patient to assure individualised goal directed nursing care.

1	2	3	4
---	---	---	---

**Required characteristics**

6.2.3.1 The patient care assignment method is in accordance with the qualifications (abilities) of each nursing staff member, the identified nursing needs of the patient and the prescribed nursing regimen.

1	2	3	4
---	---	---	---

- a} Intensive care/high care acuity level patients are assigned to nursing personnel in accordance with the case assignment (or primary nursing) methods.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b} Team (or primary) assignment method is utilised for patients in general nursing units.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c} The functional assignment method is utilised only in the case of acute shortage of nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

**6.2.4      Staffing schedules**

**Standard**

There is a nursing (full time equivalent) staffing schedule system present.

1	2	3	4
---	---	---	---

**Required characteristics**

6.2.4.1      There is a written nursing personnel scheduling policy.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.4.2      Staffing schedules are in accordance with the staffing needs as determined by the patient classification/work index determination system.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.4.3      A sufficient number of qualified registered nurses are on duty at all times to give patients the nursing care that requires the judgement and specialised skills of a registered nurse.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.4.4      Nursing personnel staffing is sufficient to assure prompt recognition of any untoward change in a patient's condition and to facilitate appropriate intervention.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.2.4.5      The staffing schedule reflects an appropriate ratio of senior, professional and sUb-professional personnel to meet patient needs.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3 STAFF RETENTION

principle

Job satisfaction contributes towards quality nursing care. The prevention of conflict and effective management of conflict promotes a satisfied nursing work force and retention of staff to contribute towards quality nursing care.

6.3.1 Grievance procedure

standard

There is a formal, written grievance procedure in force.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

6.3.1.1 There is a formal, written grievance procedure in force based on the criteria that are in accordance with at least the following:

- a) The procedure is accepted and ratified by the nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) The purpose of the grievance procedure is clarified.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) The steps/stages of the grievance procedure are clearly delineated.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) The grievance procedure reflects realistic time dead lines for the resolving of grievances.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) There is a written communication system in force (report forms) to accommodate the grievance procedure.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) The lines of authority for resolving grievances are clearly delineated.

1	2	3	4
---	---	---	---

### 6.3.2 Disciplinary procedure

#### Standard

There is a formal, written disciplinary procedure in force.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### Required characteristics

- 6.3.2.1 There is a formal, written disciplinary procedure in force and based on criteria in accordance with at least the following:

- a) The disciplinary procedure is accepted and ratified by the nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) There is a written disciplinary code which delineates the possible offences/misconduct and appropriate disciplinary action/sanctions.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) The disciplinary code differentiates between the misconduct and disciplinary actions for professional and sub-professional nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) The purpose/aim of the disciplinary procedure is described.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) The disciplinary procedure/method is clearly specified.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) The progressive disciplinary phases are specified clearly.

1	2	3	4
---	---	---	---

- g) The authority to discipline is clearly specified.

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) Retention policy of warnings on employee's file is specified.

1	2	3	4
---	---	---	---

- i) The employee's right to appeal is included in the disciplinary procedure.

1	2	3	4
---	---	---	---

- j) The composition of the disciplinary committee reflects a fair, unbiased representation of appropriately qualified members to ensure fair judgment.

1	2	3	4
---	---	---	---

- k) There is a communication system (disciplinary report form) in force to appropriately accommodate the disciplinary procedure.

1	2	3	4
---	---	---	---



6.3.2.2 There is a written policy regarding:

a) demotion

1	2	3	4
---	---	---	---

b) dismissal

1	2	3	4
---	---	---	---

c) retrenchment of personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.2.3 The disciplinary procedure is applied consistently.

1	2	3	4
---	---	---	---

### 6.3.3 Communication procedures

#### Standard

There is an organised communication system in force enabling nursing staff to communicate freely in order to promote quality nursing care.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### Required characteristics

6.3.3.1 There is a formal system for staff meetings in accordance with at least the following:

a) Nursing service personnel meet as often as necessary but at least every second month, to identify and discuss problems in the provision of nursing care and to propose solutions.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) This function may be performed on a service/unit level and is carried out in a manner suitable to the hospital.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) The purpose of each meeting is stated by means of an agenda prior to the meeting.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) The date and venue of each meeting is specified in advance.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Minutes are taken at each meeting and circulated to all the involved nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) A record is maintained that documents any resulting recommendations or proposed actions.

1	2	3	4
---	---	---	---

r

- g) Committees are appointed to conduct nursing management/patient care activities as needed.

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) The purpose and function of each committee is defined and a record of its activities is maintained.

1	2	3	4
---	---	---	---

- i) Democratic principles are utilised for the election of committee members representing the nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.3.2 There is a formal communication system in force informing personnel of new professional/hospital policy in accordance with at least the following:

- a) An appropriate circular system.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Bulletin boards in relevant (visible) areas for appropriate utilisation.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Personnel committee system{s}.

6.3.4 occupational health and safety programme

standard

There is a formal occupational health and safety programme for nursing personnel in force.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

6.3.4.1 There is a written occupational health and safety policy for the nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.4.2 There is a formal, nursing occupational health and safety programme in force, based upon the risk priorities {physical and mental health} determined.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.4.3 There is nursing representation on the hospital safety committee.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.3.4.4 The nursing occupational and safety programme adheres to the Machinery and Occupational Safety Act, no. 6 of 1983, and regulations:

- a) Safety nursing representatives are appointed.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) All personnel accidents/incidents are investigated.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) All personnel accidents/incidents are documented.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) WCA (Workman's Compensation Association) documentation is completed for any member of the nursing staff requiring the attention of a medical practitioner.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Safety training is performed.

1	2	3	4
---	---	---	---

## 6.4 STAFF DEVELOPMENT

### **principle**

Nursing personnel are prepared through appropriate induction, orientation and staff development programmes for their responsibilities in the provision of nursing care and these programmes are designed to augment the nurses' knowledge of pertinent new developments in patient care and to maintain current competence. Well qualified/professionally developed nursing personnel contributes to quality nursing care.

6.4.1 Induction and orientation

Standard

There is a formal staff induction and orientation programme of sufficient duration and content in force for all new nursing employees to prepare them for their specific duties and responsibilities in the hospital.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

6.4.1.1 There is a general, organised induction programme for all nursing employees and includes at least the following:

- a) A review of the organisation which includes visits to all hospital departments/units.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Introduction to all departmental heads.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Review of the hospital philosophy/mission and purpose.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Review of the hospital policy and procedures, as well as the communication network.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Compensation: explanation of benefits, including all conditions of service.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) Explanation of the employee's job description, expected standards of performance and related evaluation system/procedure.

1	2	3	4
---	---	---	---

- g) The grievance and disciplinary procedures.

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) The staff development system and career development opportunities.

1	2	3	4
---	---	---	---

- i) The occupational health and safety system.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.2 The induction programme is preferably performed within the first week of commencement of duty.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.3 There is an orientation programme designed and implemented in each nursing unit/division commensurate with at least the following:

- a) The unit's objectives, functions and relationship with other departments is clarified.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) A detailed exposition of the employee's responsibilities and duties in the unit, based upon the job description.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) unit policies, procedures and performance standards.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Introduction to employees/colleagues.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.4 The hospital and nursing unit disaster plans are included in the induction and orientation programmes.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.5 The induction and orientation programmes are evaluated and updated annually.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.1.6 Records are maintained on all new personnel induction/orientation details and lodged in personnel files.

1	2	3	4
---	---	---	---

#### 6.4.2 Staff development programmes

##### Standard

There is an ongoing and formalised staff development programme in force, designed to augment the nursing personnel's knowledge of pertinent new developments in patient care and to maintain current competence.

1	2	3	4
---	---	---	---

##### Required characteristics

- 6.4.2.1 There is a written policy on nursing staff development.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.2 There is a continuous staff development programme in force for all the categories of nursing staff and during all shifts of duty.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.3 The contents of the staff development programmes are based upon the needs identified through findings of nursing care monitoring and evaluation activities, as well as requests according to personal needs.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.4 An evaluation of the staff development programme and activities is performed periodically by the person/committee responsible and programmes are updated accordingly.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.5 Records are maintained on all staff attendances, participation and performances in staff development programmes.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.6 The individual responsible for developing and co-ordinating the staff development programme is knowledgeable in educational methods and current nursing practice.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.4.2.7 Skills related to risk- or problem-prone nursing care, eg. cardio-pulmonary-cerebral-resuscitation training, is conducted as often as necessary, but at least annually, for appropriate nursing staff members who cannot otherwise document their competence.

1	2	3	4
---	---	---	---

### 6.4.3 continuing education

#### Standard

Continuing education is promoted and facilitated by the nurse administrator.

1	2	3	4
---	---	---	---



Required characteristics

6.4.3.1    There is evidence of nursing personnel attending appropriate professional seminars, workshops and courses to update knowledge and skills that are relevant to their patient care and/or management responsibilities.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.3.2    There is a system of study leave granted to nursing staff, accommodating the specific staff and patient needs, as reflected by the post classification and determination of work index.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.3.3    There is a feedback system present where nursing research findings/recommendations and knowledge gained from other courses are made available to nursing personnel where appropriate.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.4       Performance appraisal

Standard

There is a formal performance appraisal system for all nursing personnel in force.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

6.4.4.1    There is a written nursing performance appraisal policy.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.4.2 Performance appraisals are conducted at the end of the probationary period of each nursing employee and at defined intervals thereafter.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.4.3 Performance appraisals are conducted at least annually.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.4.4 The performance appraisal system reflects at least the following:

- a) The evaluation is criteria-based and relates to the standards of performance specified in the individual's job descriptions.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Performance grading/rating is performed by the employee's immediate nursing supervisor.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Objectivity is maintained by utilising a practical instrument with appropriate rating scales.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Performance appraisal documents verify that the employee has reviewed the evaluation and has had an opportunity to comment on it.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) There is a remedial action programme in force when there is a discrepancy between an employee's actual and expected performance levels.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.4.4.5 Merit increases are based upon performance appraisal results.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.5 Personnel records and statistics

Standard

Records and statistics pertaining to nursing personnel are kept and analysed annually by the nurse administrator.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

6.5.1 Personnel records are kept for every nursing personnel member in the hospital, containing at least the following:

- a) Application and appointment forms. ..!

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Health record(s), according to the hospital's policy.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Staff development attendance: induction/orientation and other.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Current performance evaluation reports.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) copies/proof of professional qualification(s) and registrations/membership (South African Nursing Council/ South African Nursing Association).

1	2	3	4
---	---	---	---

6.5.2 Personnel records are kept in a secure place and accessibility is ethically controlled.

1	2	3	4
---	---	---	---

6.5.3 Personnel statistics are kept and analysed at least on the following:

a) Initial and sUbsequent health records.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) Counselling and disciplinary actions.

1	2	3	4
---	---	---	---

c) 'Accident and incident reports.

1	2	3	4
---	---	---	---

d) Absenteism and sick leave.

1	2	3	4
---	---	---	---

e) Staff turnover.

1	2	3	4
---	---	---	---

f) Proof of all training: formal and informal.

1	2	3	4
---	---	---	---

## 6.6 Personnel identification

### Standard

All nursing personnel wear uniforms and insignia in accordance with the South African Nursing Council specifications.

1	2	3	4
---	---	---	---

## Required characteristics

- 6.6.1 Epaulettes with insignia are worn according to specific registration requirements for professional and sub-professional nursing personnel while on duty, excluding theatre staff (or any staff who need to exchange normal uniform for sterile purposes.)

1	2	3	4
---	---	---	---

- 6.6.2 Uniforms for nursing personnel are in accordance with the South African Nursing Council uniform regulations.

1	2	3	4
---	---	---	---

## NSS 7 SCIENTIFIC METHOD OF NURSING

### Principle

The utilisation of a scientific method of nursing contributes towards individualised, goal directed nursing care.

### Standard

The scientific method of nursing is being utilised by means of a nursing documentation system encompassing the scientific method of nursing in accordance with the Scope of Practice of registered nurses (South African Nursing Council R2598 as amended).

1	2	3	4
---	---	---	---

## Required characteristics

- 7.1 The principles of scientific nursing (assessment, planning, intervention and evaluation) are utilised and nursing interventions are documented for each hospitalised patient from admission through to discharge.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.2 Each patient's nursing needs are assessed by a registered nurse at the time of admission or within the period established by the nursing service.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.3 Registered nurses are responsible for the planning of nursing care:

- a) Nursing care is based on the nursing assessment and is consistent with the medical therapy prescribed by the responsible medical practitioner.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Nursing care planning and interventions are in accordance with the Scope of Practice for nurses (South African Nursing Council R2598, as amended) assuring optimal physical and psycho-social nursing care.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) The plan of care is documented and reflects current standards of nursing practice.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.4 The implementation of the nursing care plan is supervised by a registered nurse.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.5 Documentation of nursing care is appropriate and concise and reflects patient status:

- a) Nursing documentation reflects the patient's needs, problems, capabilities and limitations.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) All nursing interventions and patient responses are documented.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.6 pre-discharge planning include patient education goals/activities.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.7 Evaluation of goal achievements is performed and documented.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.8 Documentation of patient discharges/transferrals is in accordance with the hospital's policy.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.9 Legal documentation principles are adhered to.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 7.10 Comprehensive procedure manuals (process standards) are present (refer to standard 4):

- a) Appropriate procedure manuals are available in each nursing unit.

,"

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Master sets are available in the office of the Nursing Service Manager.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Procedure manuals are reviewed and updated when appropriate.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Manuals have easy and meaningful reference systems.

1	2	3	4
---	---	---	---

principle

A well planned disaster plan contributes to quality nursing care during a disaster or unforeseen happenings.

standard

There is a hospital disaster plan reflecting the role of the nursing service in the plan.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

8.1    There is a written nursing disaster plan present in the hospital reflecting:

a)    An electrical power failure plan.

1	2	3	4
---	---	---	---

b)    A fire emergency/extinguishing plan with evacuation procedures.

..>

1	2	3	4
---	---	---	---

c)    A bomb threat plan.

1	2	3	4
---	---	---	---

d)    A contingency plan for a nursing personnel crisis.

1	2	3	4
---	---	---	---

e)    Emergency equipment and supplies plan.

1	2	3	4
---	---	---	---

8.2    There is an emergency/disaster communication network indicating a system for recalling nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---



8.3 The nursing service disaster plan is a sub-section of the hospital disaster programme.

1	2	3	4
---	---	---	---

8.4 There is a copy of the disaster plan available:

a) In the office of the nurse administrator.

1	2	3	4
---	---	---	---

b) In appropriate nursing units.

1	2	3	4
---	---	---	---

8.5 In-service education programmes exist with frequent simulated/trial runs.

1	2	3	4
---	---	---	---

8.6 The hospital and nursing disaster plans are included in the induction programme of new nursing employees.

1	2	3	4
---	---	---	---

8.7 The nursing service disaster plan is reviewed regularly and after any implementation of a plan.

1	2	3	4
---	---	---	---

## **NSS 9 . QUALITY ASSURANCE PROGRAMME**

### **Principle**

A planned, comprehensive quality assurance programme assures the patient of a specified degree of excellence through objectively monitoring and evaluating the quality of nursing care.

Standard

There is a formalised nursing quality assurance programme in force.

1	2	3	4
---	---	---	---

Required characteristics

9.1 There is a written quality assurance policy present.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.2 The Nursing Service Manager is responsible for the establishment and implementation of the quality assurance programme.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.3 There is a nursing quality assurance committee consisting of at least the following:

- a) The nurse administrator or designee.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) A qualified registered nurse, responsible for quality assurance in the hospital (eg. Nursing Quality Assurance co-ordinator/patient care administrator) .

1	2	3	4
---	---	---	---

- . c) Representation from the staff development department.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Appropriate proportional representation from all the unit managers (charge sisters) and/or area Nursing Managers.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.4 The quality assurance programme reflects at least the following:

- a) Identification and description of the values, philosophy/mission of the nursing service (refer to standard 2) •

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Formulation of a basic quality assurance policy.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Determination of quality assurance priorities by identifying critical (important) aspects of nursing care in the hospital.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) Formulation of quality assurance objectives.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Programme planning is according to the priorities determined.

1	2	3	4
---	---	---	---

- f) Training/education of nursing personnel.

1	2	3	4
---	---	---	---

- g) Initiation of problem-focused evaluation studies.

1	2	3	4
---	---	---	---

- h) Designing of an adequate data-gathering, analysing and reporting system.

1	2	3	4
---	---	---	---

- i) Valid standards are formulated/utilised against which performance is evaluated.

1	2	3	4
---	---	---	---

- j) Clear delineation of lines of authority.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.5 A quality assurance climate is established by the quality assurance committee:

- a) Quality assurance content is included in the annual staff development programme.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Participative decision making by unit managers (charge sisters) for quality assurance activities.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Preparation programmes for quality assurance.

1	2	3	4
---	---	---	---

9.6 Evaluation of the quality of nursing care is conducted on at least the following:

- a) Performance appraisal evaluation (refer to standard 6.4.4).

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) Annual auditing of nursing records.

1	2	3	4
---	---	---	---

- c) Patient satisfaction with the nursing care.

1	2	3	4
---	---	---	---

- d) High risk control and infection control statistics.

1	2	3	4
---	---	---	---

- e) Incident reporting on problem prone nursing care activities.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.7 Quality assurance programme(s) reflect realistic activities in accordance with the needs determined.

1	2	3	4
---	---	---	---

- , 9.8 The audit instrument is based upon the nursing documentation standards.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.9 The staff development programme(s) reflect proof of remedial action in accordance with the findings of quality assurance evaluation(s).

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.10 Quality assurance statistics are analysed and presented in graphical form.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.11 When important problems in nursing care are identified, action is taken and the effectiveness of the actions are evaluated.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.12 The actions taken to resolve problems and improve nursing care are documented and, as appropriate, reported to the nurse administrator and/or Quality Assurance Co-ordinator.

1	2	3	4
---	---	---	---

- 9.13 The quality assurance programme is evaluated at least annually and the following assessed:

- a) Achievement of the quality assurance objectives.

1	2	3	4
---	---	---	---

- b) The contents of the quality assurance programme.

1	2	3	4
---	---	---	---

c) The success of the quality assurance educational programme.

1	2	3	4
---	---	---	---

d) The effectiveness of the monitoring and evaluation system.

1	2	3	4
---	---	---	---

e) The communication (reporting/data-gathering) system.

1	2	3	4
---	---	---	---

f) The level/degree of quality improvement.

1	2	3	4
---	---	---	---

**(Please remember to complete question 8 on page 4.)**

**General comments**

---

---

---

---

---

---

---

---

---

---

Thank you for your hard work.

## GLOSSARY

**Accountability:** Liability for one's own actions; willing to be judged against performance expectations and willing to live with the results of one's own actions. Being answerable for one's own actions at five levels: to one's own conscience, to the patient, to the employer, to the courts if the need arises, and to the South African Nursing Council.

**Accreditation:** A formal process of evaluation and certifying that a hospital is meeting certain pre-determined standards, criteria and characteristics.

**Allocation:** The process of assigning/deploying nursing personnel (and other available resources) in the most effective and least wasteful manner.

**Authority:** A right conferred upon an individual to make decisions, to take action, command resources, issue orders, or impose sanctions.

**Budget:** A numerical description of expected income and planned expenditures for an organisation for a specified period of time.

**Case assignment method:** A pattern or system in which one or more patients are assigned to a nurse for the delivery of total nursing care.

**Characteristics:** Distinguishing features about an element or person.

**Communication system:** The formal process by which managers utilise established organisational channels to receive and relay information to people within the organisation, as well as to relevant individuals and groups outside.

**Competency:** A demonstrated cognitive, affective and/or psychomotor ability required for the performance of specific activities.

**Contingency plan:** Is that part of the emergency/disaster plan which makes provision for the management of personnel crises situations.

**Continuing education:** All planned learning activities beyond basic nursing education that are designed to provide knowledge, skill and attitudes that can be expected to enhance the individual's nursing practice.

**Criteria:** distinguishing, measurable features about an element or person.

**Disaster plan:** Is that part of the emergency plan which makes provision for the management of various patient crisis situations.

**Discipline:** Action or behaviour on the part of the authority (management) in the hospital aimed at restraining the nursing personnel from behaviour that threatens to disrupt the functioning of the nursing service.

**Disciplinary code:** An explanation of possible misconduct by nursing personnel and appropriate disciplinary actions that can be taken if the employee is found guilty.

**Disciplinary procedure:** A formal procedure used to discipline nursing personnel in such a manner as to assure fair and justified discipline.

**Formal nursing education:** Nursing education leading to formal qualification(s) in the form of a diploma, degree, etc.

**Functional assignment method:** A pattern of nursing care that is task and activity orientated. Tasks (ego intake and output) are delegated to certain nurses to perform during the particular shift. Patient care is fragmented and individualised nursing cannot be guaranteed.

**Goal:** The purpose toward which an endeavor is directed. A statement of what is to be accomplished: the outcome end state, or point to be achieved.



**Grievance:** An occurrence or a situation or a condition that justifies the lodging of a complaint by a nursing staff member.

**Grievance procedure:** A formal method utilised to resolve grievances in a hospital.

**Induction and orientation programme:** A formal process of induction and orientation to a new employee:

- \* **Induction:** Those formal procedures an employee follows immediately after employment. These include explanation of the hospital's policies, mission, objectives, including an 'explanation of conditions of service and other applicable general information that is given to each new employee during his/her first two or three days of employment in order to ensure his/her identification with the hospital's philosophy, goals, and norms.
- \* **orientation:** A formal, individualised training programme intended to acquaint a newly appointed nurse with her/his job responsibilities, duties (job description), place of work and co-workers within the working environment (in the specific nursing unit).

**Job description:** A written account of the organisational relationships, roles, responsibilities, specific duties expected of a given staff member in a specific job.

**Job specifications:** The personal requirements, qualifications and capabilities that are deemed necessary for effective performance of a particular job.

**Nursing service:** The nursing service is a sub-system in a hospital over which a nurse manager/administrator has authority for the performance of nursing activities and results.

**Objectives:** Specific, measurable aims or purposes derived from the goals (refer to goals). A concrete statement of intention toward which effort is directed.

**Occupational health and safety programme:** A programme ensuring the optimal health and safety of nursing personnel.

**Organisational structure:** A mechanism through which work is arranged and distributed among members of the organisation so the goals of the organisation can logically be achieved; the process or way a group is formed, its channels of authority, span of control, and lines of communication are established.

**Organogram:** A formal diagram in which each department, unit, position and function is outlined and the relationships between them shown. The diagrammatic presentation of the organisational structure.

**Patient assignment method:** A pattern or system used for the delivery of nursing care to patients such as case, functional, team and primary nursing care.

**Patient classification system:** A means of categorising patients according to the quantity, level and complexity of their nursing care requirements over a period of time. Acuity levels of patient care (intensive, high, moderate and self care) are determined, bed-occupancy statistics are kept accordingly, in order to determine the type and quantity of nursing required.

**Performance appraisal:** The formal process whereby the professional performance of nursing personnel is evaluated in a scientific manner according to predetermined standards.

**Philosophy:** An intentionally chosen set of values and beliefs or purposes that serve as the basis for choosing the means to accomplish nursing Objectives and direct decision making.

**Policy:** A statement of intended course of actions that guides decision making in a given organisation.

**Primary nursing:** A continuous and co-ordinated process in which a primary nurse provides the initial patient care assessment and assumes accountability for planning comprehensive, 24-hour care for individual patients for the length of hospitalisation or for the duration of care needed. Primary nursing care is characterised by a strong bond between a particular patient and his primary nurse.

programme: A series of activities that work together to achieve a desired goal.

Qualified: Demonstration of required knowledge and skills.

Quality: Adherence to predetermined standards and criteria.

Quality assurance: A process of formulating standards, evaluating actual performance, comparing results of performance with standards and taking remedial/ corrective actions as needed.

Quality assurance programme: A planned programme that objectively monitors and evaluates the clinical performance of nursing staff, that identifies opportunities for improvement and that provides a mechanism through which action is taken to make and maintain those improvements.

Recruitment: The process of seeking nursing personnel to fill vacant job positions.

Remedial action: Corrective action taken to improve the quality of nursing care by means of changing inadequate performance of nursing personnel or other deficiencies in patient care.

Responsibility: A trustworthy performance; an obligation to perform activities and assigned tasks efficiently.

Scheduling: The advance determination of patterns of on- and off-duty hours for nurses in a particular unit for a prescribed period of time.

Scientific nursing care: An organised, systematic method of assessing the patient's health needs/problems, making a nursing diagnosis, planning and implementing nursing interventions and evaluating the success of goal achievement.

Selection (of staff): A scientific method of determining which applicant will be most suitable for the advertised post. Making a choice from a number of candidates to identify those who will, according to the evaluation of the person responsible for selection, best meet the set performance standards for the specific post.

**Staffing:** The process of assigning competent people to fill the nursing roles designed for the organisational structure through recruitment, selection and placement of personnel.

**Staff development:** All training and education undertaken by an employer to improve the professional and personal knowledge, skills and attitudes of vested employees.

**Staff retention:** All those processes undertaken to keep (retain) the nursing personnel in the particular hospital and to thus reduce nursing personnel turnover.

**Standard:** A descriptive statement of the desired level of performance against which to evaluate the quality of care.

**Team nursing:** A system of nursing care in which a qualified nurse leads a group of nurses in providing for the nursing needs of a group of patients.

**Validation of standards:** The process utilised to ascertain the realistic applicability of determined standards by means of qualitative discussions/debate with experts and quantitative ratings. During the debate each standard is discussed, questioned and appropriate recommendations made. After the necessary alterations have been made, a quantitative validation is done by means of a numerical rating scale where the value and applicability of each standard is rated.

**Validity:** The degree to which a device measures what it is purported to maaaure.

**Work load index:** The amount of nursing care, calculated in minutes and hours, according to the complexity and type of nursing interventions, required. Patient census (acuity levels and bed-occupancy) statistics are kept and taken into account when determining nursing posts in the hospital.



K HOSPITAAL-EN GESONDHEIDSDIENSTE

HOSPITAL AND HEALTH SERVICES BRANCH

PROVINSIALEGEBOU, WAALSTRAAT,  
POSBUS 2060. KAAPSTAD, 8000

PROVINCIAL BUILDING, WALE STREET,  
P.O. BOX 2060, CAPE TOWN, 8000

Mej. M.E. Muller  
Posbus 5188  
HORISON  
1730

TELEKS  
TELEX

522368

TELEGRAM

HOSDEP

TELEFOON  
TELEPHONE

(021) 203-4464

NAVRAE  
ENQUIRIES

Mev. J.N. Slabbert

VERWYSING  
REFERENCE

HS 2/0/2/7

DATUM  
DATE

16 Mei 1989

DOKTORALE STUDIE: GEHALTEVERSEKERING IN PRIVAATHOSPITALE: 'N  
VERPLEEGKUNDIGE PERSPEKTIEF

1. Hier skrywe van 24 April 1989 verwys.
2. Toestemming word hiermee verleen dat u validerings instrument gestuur mag word aan die Adjunk-Direkteur: Verpleegdienste en die Senior Verpleegdiensbestuurders van die volgende hospitale:  
  
Grootse Schuur Hospitaal, Observatory  
Livingstone Hospitaal, Port Elizabeth  
Provinsiale Hospitaal, Port Elizabeth  
Conradie Hospitaal, Pinelands  
Frere Hospitaal, Oos-Londen
3. Kennis word geneem van die validerings instrument en dit word vertrou dat u die nodige insette sal verkry vir die validering van standarde vir u navorsingsprojek.
4. Dit sal waardeer word indien u 'n kopie van u proefskrif aan ons beskikbaar sal stel.

DIREKTEUR GENERAAL

NATALSE PROVINSIALE  
ADMINISTRASIE  
**TAK- HOSPITAADIENSTE**

NATALIA  
LANGMARKSTRAAT  
PIETERMARITZBURG



NATAL PROVINCIAL  
ADMINISTRATION  
**HOSPITAL SERVICES BRANCH**

NATALIA  
LONGMARKET STREET  
PIETERMARITZBURG

f: 43800 SA

"PROVMEQ"

PRIVATE BAG 9061  
PRIVAATSAK  
3200 PIETERMARITZBURG

NAVRAE: Miss R. Smith'  
ENQUIRIES

Miss M.E. Muller  
Box 5188  
HORISON  
1730

962111 BYLYN  
EXT. 2019

VERWYSING No.:  
REFERENCE No.: 66/3

U VERWYSINGS No.:  
YOUR REFERENCE No.:

15-5-89

Dear Madam

RESEARCH PROJECT QUALITY ASSURANCE

The Chief Director, Hospital Services, has asked me to inform you that as the project is concerned with private hospitals, the validation of standards should take place in such institutions.

I enclose a copy of the Research Policy for your information.

Yours faithfully

EXECUTIVE DIRECTOR: HOSPITAL SERVICES

TvT/hw

POLICY: NURSING RESEARCH    REFERENCE: 66/3

DR ROPER    11:05:1987

1.     The Department is sympathetic and would encourage nursing research;
2.     Research projects to be undertaken should be for the benefit of nursing in general and the Natal Provincial Administration in particular.
3.     The researcher must undertake the collection of data personally.
4.     It is not acceptable that questionnaires etc. should have to be completed by our busy and overworked staff.
5.     The protocols for research projects should be submitted to the Deputy Director Nursing for consideration.
6.     The final decision will be made by the Chief Director: Hospital Services, as to whether or not permission will be granted for the Research to be carried out.
7.     A copy of the completed research is to be submitted to this office.

AvT/ncj



ORANJE-VRYSTAAT  
ORANGE FREE STATE

PROVINSIALE ADMINISTRASIE  
PROVINCIAL ADMINISTRATION

VERWYSING REFERENCE **H5/3/20/2**

RIG NAVRAE AAN Mev. P. de Beer  
ADDRESS ENQUIRIES TO

KANTOOR OFFICE

**Tak Hospitaaldienste**

Faksimile nr.  
Facsimile no.  
Telegrafiese Adres  
Telegraphic Address  
**ORANVRY  
4055200**

Privaatsak  
Private Bag  
☒  
**517  
9300 BLOEMFONTEIN**

Mej. M.E. Muller  
Posbus 5188  
HORISON  
1730

Geagte mej. Muller

DOKTORALE STUDIE: GEHALTEVERSEKERING IN PRIVAATHOSPITALE: 'N  
VERPLEEGKUNDIGE PERSPEKTIEF  
U SKRYWE GEDATEER 24 APRIL 1989 HET BETREKKING

Hiermee word toesternming verleen dat u die instument wat handel  
oor bogenoemde navorsingsprojek aan die Hoofverpleegdiens-  
bestuurders van die volgende hospitale kan stuur vir validering:

Universitas-hospitaal  
Pelonomi-hospitaal

Geliewe kennis te neem dat van u verwag word om 'n kopie van  
die verhandeling aan hierdie kantoor te skenk.

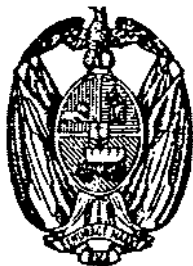
Die uwe

*P. de Beer*  
DIREKTEUR-GENERAAL

89.05.22



Telegramadres "Transhosp"  
Telegraphic Address  
Briewe moet gerig word aan die  
Provinsiale Sekretaris



Teleksl 3-20607 SA  
Telex  
Faksl 323-4018  
Fax

Meld verwysing  
Quote reference

Letters to be addressed to the  
Provincial Secretary

7/12/2

**TRANSSVAALSE PROVINSIALE ADMINISTRASIE**  
**TRANSSVAAL PROVINCIAL ADMINISTRATION**

Navrae: Mev. de Villiers  
=nquiries: 201 3470  
Tel:

KANTOOR VAN DIE PROVINSIALE SEKRETARIS.  
OFFICE OF THE PROVINCIAL SECRETARY.

Mej. M.E. Muller  
Posbus 5188  
HORISON  
1730



Geagte mejuffrou

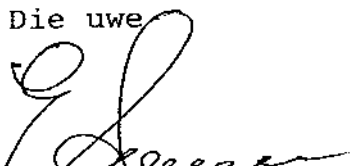
NAVORSING TEN OPSIGTE VAN DOKTORALE STUDIE : RANDSE  
AFRIKAANSE UNIVERSITEIT

Hierdie Administrasie het geen beswaar dat u navorsing-standaarde aan die Direkteur Verpleegdienste en die Hoof Verpleegdiensbestuurders van die gemelde hospitale stuur vir evalueringsdoeleindes nie.

Geliewe daarop te let dat wanneer die onderskeie hospitale genader word, u eerstens met die Superintendent van die Hospitaal in verbinding moet tree en 'n afskrif van hierdie brief en die vraelys aan hom moet verskaf, hy behou egter die reg om u versoek te weier.

Die betrokkenes moet daarop gewys word dat hul die beoor-deling in hul vrye tyd moet doen en moet 'n kopie van die doktorale studie asseblief aan hierdie Administrasie voorsien word.

Die uwe

  
DIREKTEUR-GENERAAL

SBS